FU. 141(2)

Laurent Jean Baptiste B-F

22900258399

Med
K27683

DE

LA FIÈVRE JAUNE

AU SÉNÉGAL

Livres du même Auteur

A LA MÊME LIBRAIRIE

I.

TRAITÉ DE L'IMMOBILISATION DIRECTE DES FRAGMENTS OSSEUX DANS LES FRACTURES. — 1869, 750 pages, 102 figures. Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Monthyon).

II.

TRAITÉ DES FRACTURES NON CONSOLIDÉES OU PSEUDARTHROSES. — 700 pages, 102 figures. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Amussat).

III.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE MÉLANURIQUE. — 1874, 460 pages.

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.

7995

DE LA FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL

(ÉTUDE FAITE DANS LES HOPITAUX DE SAINT-LOUIS ET DE GORÉE)

PAR

L.-J.-B. BÉRENGER FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE
DOCTEUR EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE
LAURÉAT DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES) ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

HP 91
SENEGAL : Yellow Fever
YELLOW FEVER : Africa

FU.141(2)

WELLCOME HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

14844526

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WC

A M. le Docteur Jules ROUX

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
DES ORDRES DE FRANÇOIS-JOSEPH D'AUTRICHE, DES SS. MAURICE ET LAZARE D'ITALIE,
ETC., ETC.

Monsieur l'Inspecteur Général,

Je vous disais, au commencement de cette année, que ma santé, altérée par un long séjour dans les pays chauds, avait besoin de soins, et que si vous me laissiez respirer pendant quelques mois l'air du pays, j'essaierais d'utiliser ce repos pour le bien de la médecine navale.

J'ai tenu ma parole : voici le second livre que huit mois de congé m'ont permis de publier.

Maître, l'élève apporte sa pierre à l'édifice scientifique des médecins de la marine. Puisse sa bonne volonté vous sembler digne de quelque bienveillance; car, croyez-le, si parmi ceux qui ont écouté vos savantes leçons, d'autres ont été plus heureux auprès de vous, aucun cependant n'a travaillé plus assidûment à chaque heure de sa vie, n'a eu pour la médecine navale une plus reconnaissante sympathie, pour le maître un aussi respectueux dévoûment.

BÉRENGER-FÉRAUD.

Cette (Hérault), juin 1874.

INTRODUCTION

La fièvre jaune a fait à plusieurs reprises, depuis un siècle, de si terribles ravages dans la colonie du Sénégal, que le médecin, appelé par les exigences du service à exercer dans ce pays, a le devoir moral de s'en occuper d'une manière toute spéciale.

Au Sénégal, le vulgaire prête d'ailleurs à l'apparition de la maladie dans la contrée une périodicité telle (7 ans), des signes précurseurs si spéciaux (fièvre rouge chez les hommes, épizooties chez les animaux); il a surtout une si grande frayeur dès qu'on parle de la constatation du typhus amaril dans les régions voisines, que l'esprit ne peut qu'en être très-particulièrement frappé.

Dès le jour où je mis pour la seconde fois le pied sur le sol sénégambien (3 mai 1871), ces idées et ces traditions que j'avais entendu indiquer en 1852 déjà touchant la fièvre jaune me furent de nouveau formulées par nombre d'habitants tant européens qu'indigènes.

L'opinion du public s'appuyait cette fois sur deux coïncidences remarquables de plus; en effet, en 1859 et en 1866, la maladie était venue pour ainsi dire à date fixe. En 1868 et en 1865, la fièvre rouge ou dengue avait été constatée à

l'état épidémique. Enfin on assurait qu'à cette époque les animaux domestiques et sauvages avaient succombé dans une proportion inusitée.

On comprend que pour ces raisons, l'année 1873 paraissait être l'époque d'une nouvelle échéance septennale au dire du vulgaire et je me crus obligé de m'occuper attentivement de la question pour savoir au juste à quoi m'en tenir, et connaître dans quelles limites de probabilité la venue du typhus ictérode était à craindre pour la colonie.

Or, mes premières investigations me firent d'abord constater que les diverses épidémies de Gorée avaient présenté de très-remarquables points de ressemblance tant sous le rapport de la provenance, de l'invasion, de la marche de la maladie, que sous le rapport de son excessive léthalité. Je crus alors plus fermement encore qu'il y aurait réellement un intérêt de premier ordre à rechercher tout ce qui se rattachait à ces événements pathologiques, espérant que de l'analyse de ces faits il pourrait ressortir peut-être tel enseignement qui mettrait pour l'avenir le pays à l'abri de nouvelles atteintes; ou, du moins, qui diminuerait les chances de propagation de la maladie, dans le cas où elle se manifesterait sur tel point donné de nos possessions sénégambiennes.

Je fis un premier travail : *Recherches sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée*, et pour savoir si mon labeur présentait quelque intérêt je pris le parti, en même temps que je l'adressais par voie hiérarchique au Ministre et à l'Inspecteur général du service de santé de la marine, de le soumettre à un critérium dont je connaissais depuis nombre d'années la grande valeur. Je l'adressai à M. le baron Larrey en le priant de me donner son opinion si autorisée, en lui demandant dans quelle direction, que je ne voyais pas peut-

être, mes investigations auraient pu être dirigées pour être plus efficaces.

L'illustre inspecteur général du service de santé de l'armée, qui avait bien voulu me donner déjà tant de preuves de sa bienveillante affection et qui m'accorde une petite part de sa bonté infinie, me donna à cette époque encore un de ces précieux encouragements qu'il sait si bien prodiguer à tous les travailleurs qui recourent à sa grande autorité scientifique. Il daigna me dire que mon travail serait utile, et en même temps, avec cette sûreté de vue qui tient de famille et que le grand Larrey avait eue déjà pendant la campagne d'Égypte (1), lorsqu'il s'était trouvé en présence du typhus amaril, il m'indiqua les points où je devais insister de préférence, me formula les désidérata de la question de la fièvre jaune en général, du cas particulier dans lequel je me trouvais en Sénégambie. M. le baron Larrey m'engagea à poursuivre cette étude, en même temps qu'il présentait, à mon nom, le 11 juin 1872, ce premier mémoire à l'Académie de médecine.

Il était naturel que par l'influence d'un aussi encourageant résultat, je poursuivisse volontiers mes recherches sur la fièvre jaune du Sénégal et l'année 1872 ne devait pas se passer sans apporter son contingent de faits et d'enseignements à mon étude. En effet, au moment où, promu à un grade supérieur, je venais d'être appelé à la direction du service de santé de la colonie, j'appris que la fièvre ictérode faisait irruption en Gambie et peu de jours après un navire caboteur arrivant de Sainte-Marie de Bathurst apportait sur la rade de Gorée deux Européens atteints de la maladie.

(1) Voy. *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes de D. J. Larrey*, 1812, t. II, p. 18.

Si jamais étude a eu un résultat pratique, si jamais un effort scientifique a produit son effet utile, c'est peut-être dans le cas qui nous occupe. J'avais si bien vu dans le récit des diverses épidémies de 1837, 1859, 1866, la même marche être suivie par la maladie, les mêmes causes produire les mêmes résultats que je marchai dans cette circonstance d'un pas parfaitement assuré.

Je dois dire, d'ailleurs, que cette quatrième fois les choses se sont passées si identiquement de la même manière que, bien que très-prévenu, j'ai eu grandement lieu d'en être étonné. Maintenant que les faits sont accomplis, je puis ajouter que cette exacte similitude me fait dire avec confiance que désormais, ou plus exactement, tant que les conditions d'existence ne seront pas changées dans nos possessions sénégambiennes, le chef du service de santé de Gorée pourra, s'il n'est pas entravé dans son action, arrêter presque avec une certitude absolue la maladie, même quand elle viendra jusqu'à la porte de la colonie.

Nos efforts furent couronnés de succès en octobre 1872; trois Européens vinrent mourir de la fièvre jaune au lazaret, distant à peine de trois kilomètres de Gorée, et le typhus amaril s'éteignit là parfaitement.

J'étais riche désormais d'une expérience précieuse, aussi arrivai-je à Saint-Louis dans de bonnes conditions pour profiter des documents que j'allais trouver, touchant la question de la fièvre jaune, au chef-lieu de la colonie.

Quand la menace d'épidémie que nous avions subie fut éteinte et que l'arrivée de la saison fraîche nous eut permis de penser que nous étions débarrassés pour cette fois encore de l'imminence d'une invasion du typhus amaril, je joignis à mon premier Mémoire sur les épidémies de fièvre jaune de

Gorée le récit de ce que nous avions vu en septembre et octobre 1872, à titre de complément.

L'Académie de médecine, en m'accordant la médaille d'or pour le service des épidémies de 1872, a bien voulu penser, il me semble, que les médecins du Sénégal avaient fait à cette époque ce qui était indiqué par les circonstances.

Cette si flatteuse distinction est d'un bon augure pour le travail actuel qui est la continuation de mes premières recherches sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée. C'est en effet, l'extension de ce travail aux atteintes du typhus amaril à la colonie entière du Sénégal, étude que dans ma position de médecin en chef de cette portion de nos possessions d'outre-mer et que par mon séjour à Saint-Louis j'ai pu entreprendre.

C'est dans les conditions que je viens d'énumérer, que j'ai cru devoir écrire cette histoire des épidémies de fièvre jaune du Sénégal, ayant le désir d'appeler l'attention sur nombre de points qui sont ressortis de mon étude attentive, et pour épargner à ceux de nos successeurs qui pourront en avoir besoin, le cas échéant, un travail qui ne manque pas d'être long et assez ardu.

Le plan que j'ai suivi dans ce livre est très-simple comme on peut le voir. J'ai tout d'abord pensé qu'il était nécessaire de faire un exposé topographique sommaire de la colonie afin de fixer les idées sur les divers noms de pays dont il devait être question plus tard ; de cette manière celui qui n'a pas une connaissance bien arrêtée de la Sénégambie peut facilement se faire une idée de la position absolue et relative des diverses localités.

Dans un second chapitre portant pour titre : Historique, j'ai rapporté par ordre de dates tous les faits de fièvre jaune qui

sont venus à ma connaissance, citant à mesure les incidents qui ont été remarqués ou les déductions que l'on peut faire. De cette manière le lecteur se trouvera parfaitement renseigné, je crois, sur la situation et sur les désidérata de la question.

A proprement parler, il n'était plus besoin alors que de faire, dans un troisième chapitre, l'exposition des mesures prophylactiques à opposer à la maladie en cas de sa menace ou de sa réapparition en Sénégambie, et primitivement mon travail s'était borné là. Mais j'avoue que je n'en étais pas content. Je me suis dit à maintes reprises que si l'ouvrage limité à ces trois chapitres était suffisant pour ceux qui connaissent de longue main la fièvre jaune en tant qu'entité morbide et espèce pathologique, il serait cependant bien incomplet pour les jeunes médecins en sous-ordre qui l'ouvriraient pour y chercher non pas seulement un renseignement épidémologique, mais encore un conseil pour la symptomatologie ou la thérapeutique.

Je me suis reporté, au début de la carrière, aux temps où me trouvant moi-même dans un poste isolé ou sur un aviso dont j'étais le seul médecin ; en un mot, loin des centres d'instruction, je demandais aux livres des renseignements sur tel cas précis que j'avais sous les yeux, stimulé dans ma recherche par le désir de soulager ou de guérir un malade qui n'avait que moi pour le soigner. Je me suis vu par la pensée à la place de tel jeune médecin qui, recevant l'ordre de partir pour le Sénégal, a fait provision à la hâte de tous les livres sur le titre desquels il a vu écrit le nom de ce pays, et les a joints à son bagage un peu comme le talisman que portaient les anciens contre les maléfices du sort sans en vérifier la portée et les détails.

J'ai vu ce jeune homme arrivé à la colonie, envoyé dans un poste éloigné, se trouvant un jour tout à coup en présence de la fièvre jaune. Avec la confiance du jeune âge il s'est emparé du livre qui lui a paru être providentiellement placé dans son bagage. Il tourne les premiers feuillets et trouve d'abord que la colonie est composée de tant de points secondaires, de tant de villes principales; qu'il y fait tel et tel temps à tel et tel moment de l'année, et reconnaissant l'exactitude des renseignements, j'ai vu son visage s'épanouir à mesure, à la pensée qu'il avait décidément bien à la main le livre utile dans le cas présent.

Je l'ai suivi feuilletant à la hâte l'histoire des diverses épidémies, arrivant aux mesures prophylactiques et disant à part lui : Oui, si on avait pris telle précaution, le fléau ne serait pas venu, mais enfin il est venu, comment le combattre maintenant?

J'ai vu ce jeune homme, cherchant un conseil pour le malade qu'il a près de lui, arriver à la fin de ce livre sans trouver autre chose que la recommandation d'isoler les corps de troupe, d'employer telle ou telle mesure d'hygiène générale ; en un mot, n'ayant là qu'une étude d'épidémologie et d'hygiène alors qu'il avait besoin d'un livre de pathologie et de thérapeutique.

Eh bien! je n'ai pu me faire à l'idée de sa déception, il m'a semblé que mon livre, ne donnant pas d'autres détails, était un peu comme moi-même, si je restais sourd à une demande de renseignement, ou à la prière qu'on me ferait de rendre service. Je me suis décidé alors à décrire la symptomatologie et la thérapeutique de la fièvre jaune, d'après les documents fournis par les divers médecins qui ont soigné la fièvre jaune au Sénégal.

Ce n'est pas une histoire complète de la fièvre jaune que j'ai eu la prétention d'écrire pour ces jeunes médecins, c'est une leçon clinique, un résumé comme nous en faisons pour nos concours que je leur ai mis sous les yeux : résumé substantiel mais sans grand apparat d'érudition, renvoyant aux autres travaux sur la fièvre jaune pour les citations, les détails purement scientifiques, bibliographiques, etc., etc. ; d'ailleurs, c'est un livre fait pour être lu au Sénégal sur les lieux mêmes par des gens qui n'ont en vue que le devoir de bien faire et fait par un modeste travailleur qui n'a eu que le désir de dire aux débutants dans la médecine navale le peu qu'il sait touchant la question.

Je ne puis croire que j'ai mal fait en augmentant ainsi le volume de cette étude. D'ailleurs les chapitres qui décrivent la fièvre jaune étant parfaitement distincts, ceux qui n'auront besoin que des renseignements historiques et de l'énumération des mesures prophylactiques n'auront en somme qu'à laisser de côté la portion du livre qui leur sera inutile. Et au moins tel jeune médecin qui aura pris mon travail pour savoir quel traitement opposer à un cas déterminé qu'il aura sous les yeux ne le rejettera pas avec un sentiment de désappointement et de colère contre moi.

Avant d'aller plus loin, qu'on me permette de payer le tribut d'éloges largement mérité par mes jeunes collaborateurs qui m'ont donné, en octobre 1872, leur concours dévoué pour empêcher l'invasion de la fièvre jaune à Gorée. Tout d'abord je citerai le Dr Maurin, médecin de 2e classe, qui, chargé de l'important et pénible service de l'arraisonnement des navires, a déployé tout le zèle intelligent qu'on pouvait lui demander.

Je signalerai avec la dictinction qu'il mérite le Dr Kermorvant, que je chargeai du service du lazaret et qui est resté au contact des individus contaminés par la fièvre jaune pendant plus de trente jours ; il a déployé non-seulement tout le zèle possible, mais encore a couru de sérieux dangers. J'ai porté en temps opportun, comme médecin en chef de la colonie, la belle conduite du Dr Kermorvant à la connaissance de l'autorité, il me reste comme médecin et comme homme à désirer que la juste récompense honorifique que j'ai demandée pour ce dévoûment lui soit bientôt accordée.

Mon savant ami, le Dr Trouette, pharmacien de 1re classe de la marine, a opéré, en octobre 1873, la fumigation et la désinfection des navires et des chargements contaminés avec une attention remarquable, et tous ceux qui savent combien cette opération est difficile et dangereuse même, quand on veut la très-bien faire, trouveront comme moi que M. Trouette mérite des éloges pour son dévoûment.

Enfin MM. Délessart et Primet, aides-médecins, ont rivalisé de zèle pour me seconder. Je leur adresse ici publiquement le témoignage de ma satisfaction comme l'expression de mes remercîments.

DE

LA FIÈVRE JAUNE

A LA MARTINIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

—

Si l'on veut essayer d'étudier avec fruit l'histoire des épidémies de fièvre jaune à la Martinique, il faut la diviser en deux périodes distinctes : Une première, s'étendant de l'époque de la découverte de la colonie jusqu'à la fin des guerres du commencement de ce siècle. Une seconde, allant de 1814 à nos jours ; et pour préciser davantage, à 1877.

La première période présente un intérêt assurément très-grand pour la curiosité de l'historien, mais est moins féconde en faits instructifs, à cause de la distance qui nous sépare des diverses épidémies, et de l'oubli dans lequel sont tombées déjà mille particularités que nous aurions besoin de savoir ou de mieux connaître pour posséder des éléments suffisants d'appréciation. La seconde nous offre, à cause même de sa proximité de nous, [illegible] exactitude et une abondance de détails qui nous permettent d'avoir, non-seulement une opinion assez bien a[illegible] [illegible]res de la maladie, ses voies et moyens de transmission, mais encore, et surtout, d'ébaucher le plan des mesures de résistance que nous pouvons lui opposer.

Ces deux périodes se complètent l'une par l'autre ; la seconde [illegible] à la première l'appui d'une précision qui lui manquait.

Celle-là venant montrer que les allures, la gravité, la persistance des épidémies de fièvre jaune ont un cachet qui n'a pas varié d'un siècle à un autre. Par conséquent, elles méritent nous arrêter toutes les deux.

PREMIÈRE PÉRIODE

ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE QUI SE SONT MANIFESTÉES A LA MARTINIQUE DEPUIS LA DÉCOUVERTE DE L'ILE JUSQU'A LA REPRISE DE POSSESSION PAR LA FRANCE (1635-18[illegible]).

La fièvre jaune se manifestant dans les divers pays des Antilles à mesure que les Européens en faisaient la découverte ou peu après qu'ils s'y étaient établis, il était naturel que la Martinique ne fît pas exception à la règle générale. Seulement la manière dont l'île a été peuplée dans le commencement a été de nature à la garantir du fléau dans les premiers temps de l'occupation. On sait en effet que le chevalier d'Enambuc qui gouvernait Saint-Christophe, et qui par conséquent était déjà créolisé, vint dans les premiers jours de juillet 1635 avec cent hommes bien éprouvés, dit le père Du Tertre, « tous gens de main, accoutumés à l'air, au travail, à la fatigue du pays » de sorte que les premiers colons étaient un aliment peu propice à la maladie. Mais cet état satisfaisant qui était seulement le résultat de la composition toute spéciale du premier convoi d'immigrants, ne devait pas durer bien longtemps. En effet Duparquet, neveu de d'Enambuc, attirant dès 1637 et surtout en 1641 de nouveaux colons fraîchement arrivés d'Europe, cette immunité disparut peu après.

Une épidémie devait éclater d'autant plus vite que la Guadeloupe si voisine et en relations si fréquentes avec la Martinique était décimée en 1640. (P. Du Tertre, *édition de Saint-Pierre*, t. I, p. 56, et t. II, p. 158.) Nous ne pouvons rien inférer touchant la genèse sur place ou l'importation de la fièvre jaune pour cette époque, les renseignements que nous possédons à cet egard sont trop sommaires et trop vagues pour permettre une conclusion dans un sens ou dans l'autre.

Il est fort probable aussi que l'épidémie dont parle Richard Ligon, qui existait ou commença en 1647 à la Barbade et qui est signalée dans divers pays des petites Antilles depuis ce moment

jusqu'à 1653, n'épargna pas la Martinique qui commençait à posséder un plus grand nombre d'Européens nouvellement débarqués parmi ses habitants; néanmoins, pas plus pour cette poussée que pour la précédente, nous n'avons pas de renseignements suffisants touchant la question de genèse sur place ou d'importation de la maladie.

A partir de 1647, nous voyons ce qu'on appelait *la contagion* et qui n'était certainement pas autre chose que la fièvre jaune, être citée fréquemment comme la grande ennemie des Européens dans l'île. — Moseley et Ferreira da Rosa disent positivement que la fièvre jaune était à la Martinique en 1665. — Moreau de Saint-Mery parle d'une autre épidémie en 1669, épidémie qui fut attribuée à l'arrivage d'un bâtiment chargé d'esclaves nègres africains, enfin Moreau de Jonnès nous apprend (monographie de la fièvre jaune, p. 158) que le voyageur Barbot, passant à la Martinique pendant l'hivernage de 1682 y vit une grande mortalité frapper les équipages, et Bally (typhus d'Amérique, p. 31) dit que cette mortalité était due à la fièvre jaune.

On le voit, à mesure que la colonie prenait un peu d'extension la maladie s'y montrait absolument comme dans les autres pays des Antilles, sous tous les rapports. — Mais comme je l'ai dit déjà plus haut nous ne trouvons dans l'histoire rien de précis qui nous autorise à penser soit qu'elle se développait spontanément sur place à la Martinique, soit qu'elle était apportée du dehors.

ÉPIDÉMIE DE L'ORIFLAMME (1690-1709).

Nous arrivons à une atteinte célèbre de la fièvre jaune à la Martinique, celle dont le P. Labat parle dans son livre et qui fut attribuée à tort, selon les uns, avec raison, suivant les autres, au vaisseau l'*Oriflamme*. Cette épidémie, considérée par plusieurs historiens comme la première invasion du typhus amaril dans les Petites-Antilles, a valu à la maladie le nom de « Mal de Siam. » Ce sont là deux erreurs rectifiées depuis longtemps.

Arrêtons-nous sur cette épidémie, la première sur laquelle nous ayons des renseignements assez détaillés. Le P. Labat dit à son sujet : « On appelait cette maladie le mal de Siam, parce qu'il avait été apporté à la Martinique par le vaisseau du roi l'*Oriflamme*, qui, revenant de Siam avec les débris des établis-

sements que l'on avait faits à Merguy et à Bankok, avait touché au Brésil où il avait gagné cette maladie qui y faisait de grands ravages depuis sept ou huit ans. »

C'est en décembre 1690 que le vaisseau l'*Oriflamme* arriva à Fort-de-France et mouilla dans la baie du carénage au vent du fort Saint-Louis et au milieu des autres navires, sans être astreint à aucune mesure sanitaire; doit-il être incriminé ou non? Nous voyons que le P. Labat avait une opinion bien arrêtée là-dessus; mais d'autre part, maints auteurs, Bally entre autres (*Typhus d'Amérique*, p. 34), disent que la fièvre jaune existait déjà à la Martinique en 1688. De sorte que nous ne pouvons encore cette fois soutenir avec assurance, soit l'importation, soit la genèse sur place.

Quoi qu'il en soit, il semble positif que l'*Oriflamme* avait son équipage malade au moment de l'arrivée et que la maladie s'étendit de cet équipage à la population de Fort-de-France. C'est ce qui favorise la croyance que l'épidémie était le résultat de l'infection du carénage par le jet à la mer de plusieurs barriques de salaisons gâtées que portait le navire.

L'épidémie apportée ou non par l'*Oriflamme* se prolongea pendant de longues années, c'est ainsi que le vaisseau le *Mignon* arrivant de Pondichéry, que l'escadre de Du Casse qui séjourna en mai, juin et juillet 1691, furent rudement éprouvés par elle. Le marquis d'Éragny, gouverneur par intérim de la Martinique, mourut de la maladie vers la fin de 1692 en revenant d'une expédition contre la Guadeloupe; le père Labat, lui-même, qui arriva le 28 janvier 1694 à la Martinique, en fut atteint gravement le 17 juin de la même année.

Le Père Labat raconte, t. I, p. 63, que le jour de son arrivée il alla voir les jésuites dont le père Moreau, supérieur général, était convalescent de la maladie contagieuse qui régnait dans le pays; d'ailleurs il dit que dans son couvent même un père Loyet (p. 72), était dans le moment malade du mal de Siam. Dans le premier, le second et le quatrième volume de son livre, il est parlé à chaque instant de ce mal de Siam de telle sorte qu'on voit au nombre d'atteintes et de morts citées que la maladie faisait rage en 1694-1695-1696.

Le père Labat nous apprend qu'il fut atteint une seconde fois de la fièvre jaune en mai 1697, ce qui est, on le sait, une grande rareté et ce qui, d'après ce qu'on sait des faits analogues, permet d'inférer qu'elle sévissait encore avec grande sévérité dans ce

moment. Tout porte à penser que l'épidémie continua à faire de nombreuses victimes, car le même père Labat nous apprend encore, t. IV, p. 211, que le supérieur de son ordre fut pris, en 1698, du mal de Siam fort « allumé » dans ce moment à Saint-Pierre et il cite en outre des accidents dans son t. VI, à une date très-postérieure.

En mai 1700, le marquis d'Amblincourt, en août 1701, le comte d'Esnotz, gouverneurs de la Martinique, furent victimes du fléau qui faisait d'affreux ravages parmi les européens nouvellement arrivés (Sydney Daney, *Histoire de la Martinique*, 1846, t. I, p. 297). Nous savons aussi que le père Feuillée, astronome et botaniste, fut gravement atteint de la fièvre jaune à Saint-Pierre, en 1703, et il nous apprend (*Journal d'observations dans la Nouvelle-Espagne et aux îles d'Amérique*, 1725, cité par Moreau de Jonnès), qu'en 1706 il partit de Saint-Pierre pour l'Europe sur un vaisseau de guerre (l'*Appollon*), qui fut très-rudement éprouvé par le typhus amaril au point que cinq matelots en moururent dans la même journée.

La fièvre jaune n'avait pas encore cessé de sévir en 1708 et même si nous en croyons les notes du docteur Cornillac, elle ne finit probablement dans le pays qu'en 1709, ce qui nous montre que la phase épidémique fut de longue durée. Le chiffre des atteints fut grand, la proportion des décès considérable.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'histoire politique du pays nous voyons que pendant cette période de vingt ans (1690-1709) ouverte par l'importation de la fièvre jaune du Brésil, les anglais, les hollandais et les français se livraient d'incessants combats. A chaque instant, de hardis aventuriers, partis d'une des îles, des petites ou des grandes Antilles, faisaient une descente, opéraient un coup de main sur un village, une ville ou une simple habitation d'une autre île ; des espions se glissaient dans un pays pour y surprendre les projets de l'ennemi, dessiner le plan des forteresses, etc., etc.... Des flibustiers attaquaient un navire en pleine mer et l'entraînaient de force dans la baie de Fort-de-France ou sur rade de Saint-Pierre ; là, les prisonniers étaient débarqués, les marchandises vendues à la population sans aucune de ces précautions sanitaires capables de prévenir la transmission des maladies contagieuses ; de sorte qu'il ne faut pas nous étonner que, par des communications incessantes dans un moment où des européens inacclimatés venaient à chaque instant remplacer les vides faits par la guerre, la fièvre jaune se montrât souvent et s'éternisât dans notre colonie.

Il n'est pas sans intérêt de constater qu'à cette époque où aucune passion n'était encore intervenue dans la question de savoir si la fièvre jaune était ou non transmissible, contagieuse pour nous servir de ce terme célèbre sur lequel on a tant et tant écrit, parlé et discuté ; qu'à cette époque, dis-je, on considérait la fièvre jaune comme parfaitement transmissible. Une première preuve en est d'abord dans le mot de contagion qui servait à désigner la maladie, et ensuite ne voyons-nous pas à chaque instant le père Labat donner dans son livre, même sans commentaires, des faits irrécusables ? D'abord c'est son supérieur qui le tance sévèrement d'imprudence pour être allé à Saint-Pierre voir un de ses collègues atteint du mal de Siam ; et le supérieur avait raison puisque Labat gagna la maladie à cette visite intempestive faite à son ami malade. Plus loin c'est la réflexion qu'il fait au moment d'aller visiter M. de la Héronnière, le capitaine du navire qui l'avait amené d'Europe et qui était malade de cette affection. Enfin en maints endroits de son livre, l'opinion de la contagiosité est présentée comme une chose parfaitement admise et sur laquelle il n'y aucun doute à avoir.

On se demandera pourquoi on n'appliquait pas à cette époque des mesures quarantainaires qui devaient alors comme aujourd'hui se présenter si logiquement à l'esprit chez les gens qui croyaient à la transmissibilité de la maladie. Nous répondrons à cela qu'en Europe on n'y manquait pas, nous en avons maintes preuves ; mais comment songer à ces mesures dans les colonies à une époque aussi bouleversée que celle de la fin du siècle de Louis XIV ? Tout aurait fait défaut pour l'application des précautions édictées. Les navires qui arrivaient étaient toujours si impatiemment attendus, apportaient des choses, des provisions, des hommes dont on avait un si urgent besoin sur l'heure que les chefs n'hésitaient pas à exposer leurs hommes. Les inférieurs de leur côté se jetaient à travers le danger avec l'insouciance de l'ignorant, ne marchandant pas avec la mort dans ce moment, quitte à se laisser aller inconsidérément à la peur de la contagion dans d'autres et alors quelquefois sans raison, de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'on ne prît à cette époque aucune précaution sanitaire sérieuse.

PÉRIODE DE 1709 A 1792.

A partir de 1709 s'ouvre une période heureuse sous le rapport de la fièvre jaune, elle durait encore en 1717, c'est-à-dire

huit ans après, puisque le marquis de Varennes qui arriva de France à cette époque avec le titre de gouverneur général des îles du vent, avait dans ses instructions qu'on trouve reproduites dans le code de la Martinique, dans les annales de M. Dessales, dans le volume des ordres du roy de 1716, p. 432, archives de la marine, le passage suivant qui semble le prouver péremptoirement : « Sa majesté lui expliquera que la maladie appelée de Siam, parce qu'elle a commencé à se faire sentir peu après le départ à la Martinique du vaisseau l'Oriflamme qui en revenait étant cessée depuis sept à huit ans, il est à présumer que l'intempérie de l'air qui la causait aura été corrigée. Si cependant elle revenait encore le sieur de la Varenne aura une attention à y faire apporter tous les remèdes que le pays pourra produire, à faire demander en France ceux dont on aura besoin et à prendre toutes les précautions qu'il estimera propres à arrêter le cours de la maladie, d'autant plus dangereuse qu'elle attaque toujours ceux qui viennent d'Europe et qui ne sont pas encore accoutumés au climat des îles. »

Le docteur Rufz de Lavison, dans son livre si intéressant sur la Martinique, dit (p. 256, t. 1er) que la fièvre jaune resta vingt ans cette fois avant de reparaître dans l'île. Nous avons lieu de croire qu'elle y fut seulement à l'état d'épidémie assez peu intense pour ne pas préoccuper l'autorité et effrayer la population, mais qu'elle n'y fit pas défaut, car Cornillac, dans son tableau des irruptions de fièvre jaune aux Antilles, marque l'année 1723 comme une année d'épidémie à la Martinique. Il est vrai que Moreau de Jonnès n'indique aucune atteinte entre 1706 et 1736 (p. 343), mais le passage que nous voyons à la page 338 de son livre nous fait croire que la maladie régnait rudement à l'époque précitée.

D'ailleurs Waren, qui pratiquait à la Barbade en 1739, prétend que la maladie y avait existé en 1721, apportée par un navire venant de la Martinique contaminée depuis 1720 (Bally, p. 38). Il la signale aussi pour 1724, moment où la Barbade fut encore infectée par des arrivages de la Martinique.

En 1735, la fièvre jaune était de nouveau dans l'île, car La Condamine (Bally, p. 43) dit que le 2 juillet, un sergent suisse homme robuste, fut emporté en moins d'un jour, et que lui-même fut atteint le 3 juillet d'une manière qui parut d'abord très-dangereuse et qui, heureusement, s'arrêta de suite.

Nous pouvons penser qu'en 1749, 1750, 1751, peut-être avant même, la fièvre jaune régna à la Martinique, car Thibault de

Chanvalon, qui était créole, dit qu'il en fut atteint en 1750, un an après son retour, et qu'à ce moment l'épidémie était forte; qu'en juillet, août et septembre 1751, elle régna sans grande malignité, tandis qu'à la même époque, dans les années précédentes, elle avait fait beaucoup de ravages.

En 1762 peu de temps après la prise de l'île par les Anglais, nous voyons la fièvre jaune se développer avec une sévérité fâcheuse, apportée très-probablement par le vainqueur, entretenue cette fois comme les autres par l'incessante arrivée des Européens que les belligérants tiraient de leur métropole. Elle frappait sans distinction de nationalité les malheureux qui venaient s'exposer à ses coups. Cette fois encore nous pouvons attribuer l'apparition de la maladie à une importation étrangère d'autant plus facile à ce moment que les autres colonies anglaises qui avaient dans leur sein le typhus amaril se trouvaient tout à coup par le fait de la conquête de la Martinique en relations fréquentes et suivies avec notre île.

Le général Romanet (Moreau de Jonnès, p. 81) dit que la fièvre jaune décima les troupes de la garnison en 1770 et 1771 et l'épidémie se prolongea jusqu'en 1773 ; il rapporte dans son livre que, depuis le 3 février 1770 jusqu'au 17 mars 1773, le régiment de Périgord dont l'effectif était de 1.236 hommes en perdit 426, soit environ le 35 p. 100 par an (*loc. cit.*).

A partir de 1773, la fièvre jaune disparut de la Martinique ou au moins ne se manifesta pas sous forme épidémique, jusqu'en 1791. Mais si nous en croyons Dariste (Recherches pratiques sur la fièvre jaune, Paris, 1825, p. 19), elle y régnait à l'état sporadique et se manifestait par quelques rares atteintes.

ÉPIDÉMIE DE L'ÉPOQUE DES GUERRES DE LA PREMIÈRE RÉPUBLIQUE FRANÇAISE (1791-1809).

Voici de nouveau une épidémie de fièvre jaune qui va frapper la Martinique, comme les îles voisines des Petites et des Grandes-Antilles. Elle est signalée à la Dominique en 1790, mais elle n'arrive pas, cette fois. On en parle en 1791 à la Jamaïque. Envahit-elle la Martinique à cette date? Les uns disent qu'elle n'apparut qu'en 1793, mais Savaresi (*loc. cit.*, p. 133) dit qu'en 1791, lorsque le général Beagues aborda à la Martinique avec un corps de troupes considérable, il mourut à l'hôpital de Fort-de-France 722 hommes de la fièvre jaune, de la fin du mois de

mars au commencement du mois d'avril; de sorte qu'en présence d'une affirmation aussi précise nous devons admettre la présence de la maladie.

En 1793, l'épidémie fit rage à la Martinique comme dans toutes le Antilles et même l'Amérique du Nord. Dans les derniers mois de 1794, elle frappait violemment les matelots de l'escadre anglaise qui était venue s'emparer de l'île, et en juin 1795, les troupes de terre de la même nation, cantonnées à Fort-de-France et à Saint-Pierre, furent fortement éprouvées. En juin 1796, le navire le *Général Elliott* apporta la maladie à Fort-de-France, au dire du Dr Chisholm.

Elle dura, à la Martinique, jusqu'au commencement de 1797, au dire de Dariste (*loc. cit.*, p. 29), et si nous en croyons Savarési (*loc. cit.*, p. 139), elle ne fit pendant cette année, que quelques victimes isolées dans la colonie. Bally (p. 68) dit qu'elle existait, mais peu intense, à Saint-Pierre, en 1798.

La Martinique étant tombée au pouvoir des Anglais en 1794, nous manquons de renseignements suffisants touchant les faits qui se passèrent à cette époque et jusqu'à la reprise de possession en 1802 ; mais cependant nous savons que les troupes anglaises perdirent beaucoup d'hommes du typhus amaril en 1796-1798-1800. Moreau de Jonnès nous apprend (*loc. cit.*, p. 225), qu'en avril 1798, le médecin anglais Daviron faisait des recherches eudiométriques pour savoir si la maladie n'était pas en relation avec une modification de la composition de l'air atmosphérique et dit qu'à cette époque la fièvre jaune régnait dans l'hôpital de Fort-de-France. Gillepsie, cité par Bally (p. 70), a calculé que depuis le moment où la Martinique se rendit aux Anglais, en 1794 jusqu'en 1799, il mourut dans cette île dix à quatorze mille Anglais de fièvre jaune. Le docteur Gilckrest, dans la déposition qu'il fit en 1850, au sujet de la contagion de la fièvre jaune (second rapport aux chambres anglaises, p. 373), dit qu'il fut témoin d'une violente épidémie en 1801, sur la garnison anglaise de Fort-de-France ; cette épidémie durait encore en 1802, au moment où les Français vinrent de nouveau occuper la Martinique.

Nous avons sur la période épidémique de 1802 à 1809 de précieux renseignements donnés par Moreau de Jonnès, et c'est grâce à eux que nous pouvons formuler une opinion sur maintes questions qui s'y rattachent. C'est ainsi, par exemple, que nous sommes en mesure d'affirmer que, contrairement à ce qu'on a cru d'abord, il n'y a pas eu interruption de l'épidémie de 1798

à 1802 et que les troupes de la réoccupation arrivèrent à la Martinique au moment où la maladie y sévissait déjà. Voici, d'ailleurs, l'exposé des faits présenté d'après les indications précitées.

A la suite de la paix d'Amiens, en 1802, un corps de troupes françaises arriva à la Martinique pour reprendre possession de l'île que les Anglais avaient occupée depuis les dernières années du siècle dernier. Il débarque en septembre, c'est-à-dire à l'époque la plus chaude de l'année, après une traversée de quarante jours et va occuper, sans qu'on eût pris aucune précaution hygiénique et sanitaire, des locaux occupés jusque-là par l'armée anglaise qui était décimée depuis longtemps par la fièvre jaune.

Moreau de Jonnès rapporte que les troupes reçurent un très-fort grain de pluie au moment de leur débarquement, et croit avec raison que les hommes dont les vêtements furent traversés ainsi par l'eau comme s'ils s'étaient jetés dans un bassin, étaient dans des conditions les plus propices à recevoir les germes morbides qui existaient dans les casernes. Je le crois aussi, mais je dois ajouter que la puissance de ces germes était telle, vu l'absence d'épuration sanitaire des locaux, que tous les Européens, quels qu'ils fussent, auraient-ils eu soin de se garantir de la pluie et du soleil de la manière la plus exacte, auraient été aussi bien frappés que ceux qui étaient dans les conditions opposées.

La fièvre jaune apparut presque simultanément à Fort-de-France et à Saint-Pierre, parce que les militaires et marins venus de France occupèrent ces deux points à peu d'intervalle et bientôt les casernes, les hôpitaux, les maisons particulières même regorgèrent de malades atteints et emportés presque aussitôt par le typhus amaril.

On comprend parfaitement que la terreur frappât des troupes aussi cruellement éprouvées. Des phénomènes sur lesquels on on a discuté longuement, à plusieurs reprises, se manifestèrent à cette époque, comme dans toutes les grandes épidémies ; mais nous ne nous arrêtons pas sur leur compte, n'ayant à constater ici que ce fait capital : De l'explosion d'une épidémie terrible sur des Européens arrivant en grand nombre des pays froids et se mettant aussitôt au contact des lieux où régnait encore la fièvre jaune, sans aucune précaution sanitaire et sans même une suffisante appropriation des locaux.

Cette recrudescence de 1802 fut extrêmement grave; on perdit

successivement jusqu'à quarante chirurgiens, et à l'exception de quelques vieux nègres, tous ceux qui soignaient les malades succombèrent. L'épidémie diminua d'intensité en mai 1803, mais elle avait eu le temps d'emporter un nombre énorme d'individus. Moreau de Jonnès nous donne le chiffre de 1,358 décès pour toute la colonie, de septembre 1802 à septembre 1803. — 1,118 à Fort-de-France, 240 à Saint-Pierre ; et si, d'après ce que nous voyons dans les diverses autres épidémies dont nous connaissons exactement les détails, nous comptons 58 décès à peu près de maladies étrangères au typhus amaril, nous voyons le chiffre énorme de 1,300 pour une année, sur un corps de troupe relativement peu élevé. D'ailleurs Moreau de Jonnès nous apprend qu'en 1802 il mourut 60 p. 100 de la garnison ; 1803, 27 p. 100; 1804, 25 p. 100; 1805, 25 p. 100; 1806, 12.5 p. 100.

En juillet 1804 la fièvre jaune, qui avait cessé depuis le mois d'avril, reparut et enleva de nouveau le 30 p. 100 de la garnison, au dire de Moreau de Jonnès; puis, vers la fin de l'année, l'épidémie cessa, croyons-nous, pour ne reprendre activité qu'en septembre 1805, au moment où deux escadres arrivèrent et où divers mouvements de troupes se firent. — A ce moment la mortalité devint un instant aussi menaçante qu'en septembre 1802, puis la maladie diminua pour cesser entièrement en janvier 1806.

En 1807 une nouvelle recrudescence de la maladie est signalée en décembre, et cette fois encore nous savons (Moreau de Jonnès, p. 120) que la cause en est évidemment dans l'arrivée des frégates l'Hortense et l'Hermione, apportant 400 conscrits destinés à renforcer le 82e régiment d'infanterie. C'est par eux que la maladie commença, c'est par eux qu'elle sévit surtout ne frappant les soldats anciens de séjour dans l'île que secondairement, rarement, et dans les moments où la bouffée épidémique était dans sa plus grande intensité.

C'est à cette époque que se rattache l'anecdote du Palinure dont on a parlé souvent : La fièvre jaune régnait en 1808 à Fort-de-France comme nous venons de le dire. Le brick le « Palinure » en fut frappé et servit sans qu'on y songeât, à faire une expérience intéressante au sujet de la transmission de la fièvre jaune. En effet, l'amiral Villaret lui donna l'ordre d'aller croiser au vent des Antilles. Il rencontra là un brick anglais la « Carnation » qui lui livra combat. Le Palinure fut vainqueur et fit prisonnier l'équipage anglais qui, arrivant d'Europe, était absolument

indemne de la fièvre jaune et lui communiqua la maladie. La fièvre jaune emporta alors nombre d'hommes de cet équipage anglais contaminé par l'équipage français (Moreau de Jonnès, p. 122.)

En mars 1809 la Martinique retomba sous la domination anglaise; la fièvre jaune avait cessé l'année d'avant et ne se montra pas de cette époque. Au 12 décembre 1814, moment où le vice amiral De Vaugiraud vint reprendre possession de l'île pour le compte de la France, car Dariste disant (*loc. cit.*, p. 25) que la fièvre jaune a fait entièrement défaut aux Antilles pendant neuf ans, nous pouvons en inférer que de 1808 à 1816, elle n'était pas au moins à l'état épidémique à la Martinique.

La période épidémique dont nous venons de parler, nous présente de nombreuses particularités curieuses à observer, et, en effet, nous y voyons tout d'abord l'influence désastreuse dès l'arrivée dans les foyers épidémiques d'un convoi d'européens, au moment où la maladie est en activité. C'est ainsi qu'en 1802 (reprise d'occupation); en 1805 (arrivée de deux escadres d'Europe); en 1807 (arrivée des frégates l'Hortense et l'Hermione portant 400 conscrits); en 1808 (combat du Palinure), nous voyons des recrudescences plus ou moins fortes se montrer. D'autre part, nous voyons que, toutes choses égales d'ailleurs, la fièvre jaune n'a pas la même activité épidémique à tous les moments, et c'est ainsi par exemple qu'elle dure sans interruption de septembre 1802 à avril 1804, traversant deux fois la saison fraîche sans ralentir ses coups; puis de 1804 à 1805 elle sévit pendant les chaleurs et sommeille pendant les mois relativement froids. En 1806 sa bénignité est beaucoup plus grande que dans les années antérieures; en 1807 et en 1808 elle ne semble plus avoir de force que pour atteindre les nouveaux arrivés, épargnant à cette époque ceux qui avaient déjà quelque temps de présence dans la colonie.

Il y a dans ce fait bien constaté que la fièvre jaune est manifestement plus rare et plus bénigne de 1806 à 1809, que de 1802 à 1806, une particularité dont il faut tenir compte, et nous verrons ultérieurement en effet qu'il y a des phases d'activité et des phases de repos dont il faut être bien prévenu si on ne veut pas s'exposer à voir les faits sembler contradictoires dans l'appréciation des conditions épidémiques des divers moments.

Nous voici arrivés à la fin de la première période de cet his-

torique des épidémies de fièvre janne à la Martinique, et sans insister beaucoup, car nous aurons besoin d'y revenir ultérieurement. Nous constatons qu'en dehors du fait de 1793, qui lui-même n'est pas absolument probant, nous ne trouvons dans les documents venus à notre connaissance rien qui démontre péremptoirement, soit que le typhus amaril soit développé spontanément à la Martinique soit qu'il y ait été apporté du dehors de 1641 à 1809.

DEUXIÈME PÉRIODE

ÉPIDÉMIES DE LA REPRISE DE POSSESSION A NOS JOURS (1814-1876).

Cette seconde période, beaucoup plus proche de nous, peut être étudiée avec plus de précision dans quelques-uns de ses détails, et par conséquent présente au point de vue historique, comme sous celui de la transmission, des symptômes et des allures épidémiques de la maladie, un intérêt que l'on ne saurait trouver dans la première période. Mais nous devons avouer cependant, dès le début, que nous n'avons pas tous les éléments pour juger d'une manière complète la question; les archives de la Martinique et les documents venus à notre connaissance jusqu'ici présentent sur ce point des lacunes que nous n'avons pas pu toujours combler. Quoi qu'il en soit, nous dirons que, lors de la reprise de possession, le 12 décembre 1814, nos troupes ne trouvèrent pas la fièvre jaune dans Fort-de-France et dans Saint-Pierre. On pourrait craindre à bon droit qu'une apparition de la maladie ne se manifestât comme en 1802 ; mais, chose étrange, il n'en fut pas ainsi. Ce fait est d'autant plus frappant que la garnison d'occupation était constituée par un corps de douze cents conscrits réfractaires, c'est-à-dire par des hommes jeunes et timorés qui sont en général un aliment de prédilection pour les maladies épidémiques.

Objectera-t-on qu'on était au 12 décembre 1814, c'est-à-dire au moment le plus frais de l'année, et que c'est grâce à cette particularité que l'épidémie ne se ralluma pas? Mais en décembre 1807, il faisait aussi frais, nous dit Moreau de Jonnès, et les nouveaux arrivés furent décimés. D'ailleurs, en avril 1815,

la chaleur était extrême (33 degrés centigrades, à l'ombre), et la fièvre jaune n'était pas plus sévère qu'en décembre. Notons pour mémoire que la même immunité relative était signalée à la même époque.

ÉPIDÉMIE DE 1816 A 1823.

Dariste (*loc. cit.*, p. 22) nous apprend qu'en juin 1816, la fièvre jaune fut signalée à la Guadeloupe, où elle sévit bientôt avec fureur, Le 17 août, il en observa le premier cas à Saint-Pierre sur un individu nouvellement arrivé de cette colonie. De là elle s'étendit, dit-il, avec une effrayante rapidité à Fort-de-France et à Saint-Pierre, durant jusqu'au mois d'avril 1819.

Nous n'avons sur cette période que peu de détails; c'est à peine si nous trouvons dans un mémoire de Câtel, inséré dans les *Annales maritimes*, en 1840 (2e année, 2e série, t. II, p. 128), quelques chiffres se rapportant à cette époque, et encore ne nous parle-t-il que de l'hôpital de Fort-de-France. Un mémoire de Dubreuil, chirurgien de la frégate l'*Eurydice*, en 1816, inséré dans le même recueil (t. VIII, p. 97), en parle aussi, mais sans nous donner des renseignements précis au point de vue de l'épidémologie, de sorte que nous n'avons pas pu puiser à des sources bien variées pour ce qui est dit de cette période.

Moreau de Jonnès, habituellement si bien renseigné, me semble cette fois avoir été induit en erreur, car il dit (*loc. cit.*, p. 154) que la fièvre jaune ne reparut à Fort-de-France qu'en mars 1819, à la suite de plusieurs mouvements de troupe alors qu'elle n'avait point été constatée depuis plusieurs années dans cette ville. Mais remarquons qu'il ne rapporte ce fait que sur la foi du dire du docteur Miller (*Lond. med. and phys. journ.* de 1820), ce qui nous explique qu'il a pu avancer une chose inexacte alors qu'il avait été si rigoureusement dans le vrai toutes les fois qu'il avait parlé de faits observés par lui-même.

Je n'ai rien trouvé de plus détaillé jusqu'à présent, car les livres que j'ai consultés sont muets à cet égard; les plus anciens documents que possèdent les archives des hôpitaux militaires de la Martinique remontent à 1820 seulement, et encore nous n'avons les états mensuels détaillés des entrées et des morts de l'hôpital de Fort-de-France qu'à partir de juin de cette année. Quant aux documents de Saint-Pierre ils font à peu près entièrement défaut jusqu'à 1829.

Dans l'état semestriel de la première moitié de 1820 nous

voyons qu'il était entré sept individus atteints de fièvre jaune et qu'il en était mort trois, à savoir deux artilleurs et un marin. Nous pouvons en inférer en comparant ce tableau avec les suivants : 1° que la fièvre jaune s'était montrée avant le mois de juin et que celui-ci fut indemne; 2° que depuis le commencement de l'année il n'y avait eu que sept cas. Mais nous ne saurions en déduire autre chose d'une manière bien rigoureuse. Seulement ce que nous savons des allures de la fièvre jaune nous porte à penser qu'après une poussée épidémique qui se manifesta d'août 1816 à avril 1819, l'année de 1820 commençait sous l'influence d'un état de repos relatif dans les coups du fléau. Dans sa thèse (Montpellier, 1823), le docteur Pean nous dit qu'en avril 1820 la fièvre jaune était *sporadique* et faisait peu de victimes à Fort-de-France.

L'année 1820 est alors l'époque d'une nouvelle recrudescence, nous avons vu qu'il y en avait eu sept cas dans le premier semestre et aucun en juin; en juillet, il y eut six atteints et pas de décès; en août, cinq atteints et un décès; en septembre, quatre atteints et un décès; en octobre, quatorze atteints et trois décès; en novembre, six atteints et deux décès. Totaux : trente-cinq atteints et sept décès.

En décembre, la maladie avait disparu entièrement, de sorte que le bilan de l'année 1820 fut de quarante-deux atteints et dix décès. Disons, en passant, que nous voyons dans le rapport d'octobre que c'était particulièrement les soldats qui étaient casernés au fort Saint-Louis qui fournissaient des invasions de la maladie. Dans tous les cas, la chose ressemble bien à une petite recrudescence de poussée épidémique dans un temps d'activité de la maladie qui datait déjà d'un certain nombre d'années.

Les documents touchant Saint-Pierre nous font entièrement défaut pour cette épidémie; nous n'avons même pour Fort-de-France que des renseignements très-insuffisants et trop brefs surtout, mais néanmoins il n'est pas impossible de chercher à étudier avec leur aide quelques détails de cette période d'activité de la fièvre jaune à la Martinique, et pour cela passons d'abord en revue les divers rapports mensuels qui sont venus jusqu'à nous.

Nous avons vu que la fièvre jaune était en juillet 1820 au fort Saint-Louis où elle frappait exclusivement les militaires de la garnison, infanterie et artillerie, c'est à peine si, dans le premier semestre, nous voyons un matelot mort de fièvre jaune. Pendant le second semestre il n'y eut absolument que des fantas-

sins atteints. Mais en janvier 1822, pour un soldat d'infanterie mort, nous voyons cinq marins de l'État, et en avril, la proportion est de deux soldats pour dix marins. En mai, deux soldats, aucun marin. En juin, quatre soldats pour deux marins. En juillet, six fantassins et deux artilleurs pour deux marins. Il ressort de nos investigations qu'un tiers à peine de la mortalité de la fièvre jaune de cette année appartient aux équipages des navires sur rade, de sorte qu'on peut déjà présumer que la maladie dont nous avons vu le germe exister au commencement de 1820 au fort Saint-Louis, s'étendit de proche en proche dans la garnison et n'atteignit les bâtiments que secondairement.

Un médecin de la marine, le docteur Clément, qui était embarqué en second sur la corvette la *Sapho*, présente sur la rade de Fort-de-France en 1822, nous racontait dans le courant de l'année 1875, que l'épidémie s'était réellement étendue de la garnison aux navires de la station en 1821-22 et que ces navires ne furent délivrés des atteintes de la maladie qu'à l'aide des mesures de désinfection et de désarrimage de la cale, prises après l'isolation de ces navires qui allèrent, les uns mouiller dans les environs du lieu appelé la pointe du bout, les autres croiser en pleine mer, et dans tous les cas ne communiquèrent plus avec Fort-de-France jusqu'à la cessation complète des cas de fièvre jaune dans la population.

Pour résumer les faits de cette période, nous dirons donc que : la maladie commença en juillet 1820, par les militaires de la garnison et ne s'étendit que plus tard aux équipages des navires ; mais on n'eut affaire alors qu'à une recrudescence, puisque la maladie avait régné déjà pendant l'année 1819 dans la colonie et qu'on avait constaté sept cas, dont trois matelots, dans le premier semestre de 1820.

RECRUDESCENCE ÉPIDÉMIQUE DE 1825 A 1829.

De février ou mars 1823 jusqu'en mai 1825, on ne constata aucun cas de fièvre jaune dans l'île de la Martinique, si j'en crois les divers documents qui sont venus à ma connaissance. Mais à cette date de mai 1825, le fléau fut de nouveau signalé. Il se développa à Saint-Pierre dans le courant de mai 1825, après deux ans d'interruption, et se répandit bientôt sur tous les points de la colonie où il y avait des Européens inacclimatés, dit le docteur Lefort, médecin du roi, à la Martinique à cette

époque. L'épidémie dura cette fois jusqu'en 1829, sans interruption.

Comment survint cette épidémie? Nous ne le savons pas jusqu'à présent, les documents trop rares d'ailleurs que nous avons eus à notre disposition ne nous fixant pas d'une manière précise sur la question de savoir s'il y eut une genèse de toutes pièces sur place même, ou bien si la maladie fut apportée du dehors. La seule chose indiscutable, c'est que la fièvre jaune existait à cette date dans divers pays des Antilles et du littoral américain.

Cependant il n'est peut-être pas inutile de rapporter ici un passage de la brochure que Lefort, médecin en chef de la colonie, publia, en 1826, sur la fièvre jaune (de la saignée et du quinquina dans le traitement de la fièvre jaune, 1826), pour montrer dans quelles conditions se présentèrent l'intermission de 1823 à 1825 et la recrudescence de 1825 à 1827. « Pendant plus de deux ans, c'est-à-dire depuis le commencement de février 1823 jusqu'au commencement de mai 1825, les vents ont, à peu de variation près, soufflé de l'E. à l'E.-N.-E. Nous n'avons pas eu de vents du sud d'une certaine durée, et nous avons été exempts de fièvre jaune, bien qu'il soit venu pendant ces deux ans un grand nombre d'Européens. Mais dès les premiers jours du mois de mai, les vents sont devenus variables ; ils sont descendus au S.-S.-O. et ont été accompagnés de pluies et de fortes chaleurs, comme au temps de l'hivernage, et bientôt, sous l'influence de cet hivernage anticipé, la fièvre jaune se développa d'abord à Saint-Pierre et ensuite sur tous les points de la colonie où il y avait des étrangers non acclimatés. » (Lefort, *loc. cit.*, p. 63.)

L'opinion de Lefort est donc formelle ; il accuse les vents de la partie sud, les considère comme parfaitement capables, à eux seuls, d'engendrer la maladie, et il ne fait entrer pour rien en ligne de compte la possibilité de l'importation de la fièvre jaune par la voie des navires venant des lieux contaminés. Nous verrons ultérieurement que cette idée de l'influence considérable des vents de la partie du sud sur le développement des épidémies de fièvre jaune, a été déjà signalée dans le siècle dernier, a été adoptée dans celui-ci par des hommes d'un grand mérite et doit être tenue en mémoire par ceux qui s'occupent d'épidémologie de la fièvre jaune à la Martinique.

La poussée de 1825 s'arrêta en décembre, au moment où la température s'abaissait, et en partie aussi parce que les indi-

vidus susceptibles d'être atteints par la fièvre jaune avaient payé leur tribut. Jusqu'aux chaleurs de 1826, on ne constata aucun cas de la maladie; mais, avec l'hivernage, les atteintes recommencèrent. Nous trouvons dans le rapport de novembre 1826 cette indication : « La fièvre jaune a attaqué brusquement un grand nombre de soldats du 45e régiment qui venaient de débarquer; plusieurs sont morts dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. » L'arrivée de ce contingent d'Européens inacclimatés nous explique peut-être pourquoi l'hôpital reçut des malades de fièvre jaune jusqu'en mars 1827. C'était une recrudescence épidémique engendrée par un apport d'hommes susceptibles d'être atteints.

En mai 1827, une nouvelle recrudescence se produit et se prolonge jusqu'en janvier 1828; enfin, après huit mois de repos, en octobre 1828, survint une dernière poussée qui dura jusqu'en mars 1829, moment où la fièvre jaune disparut entièrement de la Martinique pour ne reparaître qu'en 1838.

Nos renseignements sont malheureusement très-incomplets touchant les événements et les détails de cette phase épidémique. Nous pouvons une fois, en 1826, signaler l'arrivée de troupes d'Europe comme cause d'une prolongation de l'existence de la maladie pendant la saison des fraîcheurs, mais nous ne savons au juste pas pourquoi, pendant plusieurs années, elle eut pour ainsi dire les allures d'une maladie endémique propre au pays.

Remarquons cependant qu'à cette époque aucune mesure sanitaire n'était observée. On était sous l'empire des idées de non contagion de la maladie, de sorte que les Européens venaient intempestivement s'exposer aux coups de fléau. Aussi tant qu'il y avait un aliment propice à l'incendie, on le voyait continuer, et ce qu'on considérait alors comme des caprices de la maladie n'était très-probablement que des accidents en rapport direct avec les imprudences sanitaires incessantes qui étaient faites.

PÉRIODE D'INTERMISSION DE 1828 A 1838.

De 1828 à 1838, il ne fut signalé aucun cas de fièvre jaune à la Martinique, si nous en croyons ce que dit Câtel qui, de 1834 à 1839, fut chargé du service de santé de Saint-Pierre, et, de cette date à 1848, fut médecin en chef de la colonie.

Cependant, nous trouvons dans le quatrième trimestre de l'année 1830 l'indication d'un cas de fièvre jaune suivi de décès à l'hôpital de Saint-Pierre. Voici d'ailleurs ce que dit le rapport précité à ce sujet : « Parmi les hommes atteints de gastro-entérites et céphalites plusieurs ont eu des vomissements et de l'ictère, symptômes qui accompagnent le plus souvent la fièvre jaune ; un seul a présenté tous les symptômes de cette maladie l'autopsie a confirmé notre opinion. Signé : Garnot. »

Pour ceux qui connaissent les allures des maladies de la Martinique, il est évident que ces cas dont parle Garnot furent ce qu'on appelle aujourd'hui la fièvre dite inflammatoire. On aurait donc vu alors cette fièvre inflammatoire acquérir de plus en plus d'intensité jusqu'à présenter tous les phénomènes de la fièvre jaune chez un individu sans pouvoir cependant atteindre le degré de puissance qui permet sa propagation d'homme à homme, c'est-à-dire l'éclosion d'une épidémie.

Notons aussi qu'en février 1830, Luzeau, médecin en chef de la colonie, avait signalé déjà un cas de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France, cas analogue à celui dont nous venons de parler. C'est la première fois dans le cours de cette étude que nous voyons l'indication précise d'un de ces faits qu'on a considérés comme des cas sporadiques de fièvre jaune, et nous constatons à cet égard, deux choses : 1° qu'ils sont le résultat de l'aggravation d'une de ces atteintes appelée gastro-céphalite ou fièvre inflammatoire ; 2° que ces cas de fièvre jaune n'ont pas paru avoir la propriété de se transmettre, puisque l'état sanitaire de la colonie continua à être bon.

Faisons incidemment remarquer que le fléau n'avait pas disparu du monde ; car il était en 1829 en Gambie. En 1830 au Sénégal. En 1832 à Cuba. En 1837 au Sénégal pour la seconde fois, et si nous cherchions bien, peut-être nous trouverions qu'il était signalé à divers endroits, chaque année de cette période. Néanmoins les petites Antilles n'eurent pas à souffrir de ses atteintes et la Martinique put espérer d'en être exempte pendant un temps indéfini, mais elle ne devait pas tarder d'être désillusionnée sur ce sujet.

ÉPIDÉMIE DE 1838 A 1844.

Nous avons dit tantôt que la fièvre jaune était en 1837 à la côte d'Afrique, aux îles du Cap Vert, et comme à cette époque la

traite des noirs était en pleine activité, on aurait pu penser, même au cas où elle n'aurait régné dans aucun pays du nouveau monde, qu'une épidémie pouvait éclater d'un jour à l'autre aux Antilles. Il n'était d'ailleurs pas nécessaire d'aller jusqu'à la côte d'Afrique pour y trouver le typhus amaril, et en effet, en avril 1838, il était à la Havane, à Saint-Domingue.

Au mois de mai (Câtel, *loc. cit.*, p. 44), on la voit arriver à la Dominique, colonie anglaise placée entre la Guadeloupe et la Martinique. Peu de jours après, elle était dans toutes les possessions anglaises des petites Antilles.

En juillet elle fit irruption à la Guadeloupe, et le 24 septembre on constata un premier cas de la maladie à l'hôpital de Saint-Pierre.

Le docteur Câtel, chef du service de santé de la Martinique, a fait l'histoire de la première partie de cette épidémie dans les Annales maritimes et a fourni de 1840 à 1844 une série de rapports très-intéressants dans lesquels il y a nombre d'enseignements utiles à tirer.

Comment la fièvre jaune arriva-t-elle à la Martinique en 1838? fut-elle le résultat d'une naissance spontanée ou fut-elle apportée des îles voisines? la question est impossible peut-être à juger aujourd'hui faute de documents précis. Quoi qu'il en soit, nous allons essayer de rapporter tout ce qui est venu à notre connaissance là-dessus sans avoir la prétention de trancher le débat.

Câtel, dans son rapport du mois d'octobre 1838, et dans son Mémoire inséré dans les Annales maritimes et coloniales (de 1841), dit très-positivement que la fièvre jaune naquit sur place, et on voit d'ailleurs, en effet, que dès le mois d'août il signalait l'apparition des vents persistants de la partie du Sud. La gastro-céphalite que nous appelons aujourd'hui la fièvre inflammatoire et qui alla en s'aggravant de plus en plus jusqu'au moment où, en octobre, le véritable typhus amaril fut constaté.

Il insiste contre l'improbabilité de l'importation étrangère, Guadeloupe ou îles anglaises, disant que la Martinique s'était mise en quarantaine aussitôt qu'elle avait su que, dans ces pays, l'état sanitaire était mauvais.

Pour émettre une opinion catégorique là-dessus, il faudrai savoir si les mesures quarantenaires furent appliquées d'une manière bien réelle et bien rigoureuse, à une époque où les médecins affirmaient la non-contagiosité de la maladie et mettaient une sorte d'amour-propre à ne pas employer les mesures

de précautions qui auraient semblé se rapporter à la croyance d'une transmission possible d'homme à homme.

Dans tous les cas, est-ce à ces mesures, est-ce au hasard? Toujours est-il que la maladie signalée en mai à la Dominique, en juillet à la Guadeloupe, ne vint qu'en septembre ou octobre à Saint-Pierre, et chose remarquable, ne sévit à Fort-de-France, qu'en février 1839, malgré d'incessantes communications entre les deux villes, et bien plus, malgré de graves imprudences en matières sanitaires commises en octobre (fait des musiciens).

Quelles que soient les présomptions que l'on ait touchant la genèse de la maladie, il faut constater les faits suivants :

1° Apparition de la fièvre inflamatoire qui va en s'aggravant de plus en plus jusqu'à ne plus pouvoir être différenciée du typhus amaril;

2° Ce furent les soldats d'infanterie de marine, ceux-là mêmes qui avaient fourni les premières atteintes de fièvre inflammatoire qui furent d'abord les seules victimes de la fièvre jaune, et cette fièvre jaune sembla, pendant près d'un mois, avoir pour berceau exclusif le local de la caserne où habitait la 4e compagnie;

3° Ce n'est qu'après deux mois de présence dans la caserne de Saint-Perre, en décembre 1838, que la maladie s'étendit à la population civile et aux matelots du commerce (Câtel, page 113);

4° A partir du mois de janvier 1839, les militaires semblent être moins fréquemment atteints à mesure que la marine de l'État et du commerce fut plus vivement frappée. Cette dernière condition n'est peut-être pas bien anormale, car on pourrait dire qu'en janvier 1339 tous les militaires qui avaient quelque propension à contracter la maladie l'avaient eue déjà, et alors il ne reste plus que le fait très-naturel de l'extension de l'épidémie aux navires de guerre et du commerce de la rade;

5° Ce n'est qu'en février 1839 que l'épidémie sévit à Fort-de-France malgré des communications incessantes entre cette ville et Saint-Pierre, bien plus, malgré le fait suivant qui semblait devoir apporter la maladie au chef-lieu dès le mois d'octobre. En effet, en octobre 1838, le gouverneur de la colonie, étant allé à Saint-Pierre, la musique du régiment le suivit et fut logée dans les locaux de la caserne où la fièvre jaune avait fait de nombreuses victimes. Ces musiciens revinrent à Fort-de-France, furent presque tous touchés par la maladie et furent traités à l'hôpital militaire, dans les salles communes, sans que la ma-

ladie se communiquât aux autres militaires bien portants ou malades de la garnison.

Nous avons là, avons-nous fait remarquer déjà, des renseignements précieux. Ne dirait-on pas que la maladie ne revêt la forme épidémique qu'à son heure et quand certaines conditions sont réunies. Car pourquoi resta-t-elle stationnaire pendant si longtemps dans la caserne de Saint-Pierre; pourquoi, quand les musiciens l'apportèrent à Fort-de-France, ne fit-elle pas aussitôt des victimes parmi les autres militaires, alors que, quelques mois après, l'épidémie éclatait avec tant de fureur parmi eux?

La fièvre jaune sévit avec rigueur à Saint-Pierre comme à Fort-de-France pendant le premier semestre de 1839, puis Câtel nous apprend qu'elle diminna d'intensité et de fréquence à Saint-Pierre, vers le 15 juillet, tandis qu'elle augmentait à Fort-de-France. Nous savons la raison de cette particularité : à partir du 15 juillet, tous les navires de Saint-Pierre venaient alors hiverner dans la baie du carénage, et il est naturel que la rade de Saint-Pierre se trouvant dégarnie de la grande majorité de ses navires, on vit une diminution dans un des deux pays, en même temps qu'une augmentation dans l'autre.

C'est pendant cette épidémie que la corvette de charge de l'État la *Caravane*, qui avait porté du charbon à l'escadre en croisière devant la Vera-Cruz, arriva à Fort-de-France parfaitement indemne de fièvre jaune, reçut à bord des militaires convalescents de diverses maladies et notamment de fièvre jaune pour les transporter en France, et vit le typhus amaril se développer sur son équipage. Chervin ne voulut voir là, dans son parti pris contre la contagion, qu'une infection du navire due à des causes diverses : émanations de la cale, de la cargaison, etc.

Le docteur Bertulus, médecin de la caravane, protesta vivement contre cette proposition et dans divers mémoires, notamment (*Annales maritimes et coloniales*, 1841, p. 853), se prononça d'une manière absolue pour l'idée de la transmission directe des convalescents embarqués à Fort-de-France aux matelots de la *Caravane*, apportant à l'appui de son dire des faits patents et suivis depuis d'un si grand nombre d'autres que la question est absolument jugée dans le sens qu'il formulait dès 1841.

Si nous jetons un coup-d'œil sur les tableaux des entrées et des morts de fièvre jaune dans les hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre, nous voyons que cette période épidémique

eut des oscillations très-différentes dans les deux phases de 1838 à 1844.

A Saint-Pierre, la maladie, commencée en septembre 1838, se prolongea jusqu'en décembre 1839, et peut être considérée comme finie à cette date, bien qu'il y ait eu encore une entrée et un décès en 1840 ; elle ne reparut qu'en novembre 1840, pour cesser dans les premiers jours de février 1842, restant à l'état de menace, pour ainsi dire, pendant tout cet hivernage, et reprenant activité en novembre jusqu'en février 1843, puis reprenant en juillet pour finir en septembre 1844.

A Fort-de-France, au contraire, la maladie ne survint, à proprement parler, et d'après Câtel, qu'en février 1839, malgré les décès signalés en octobre, novembre et décembre ; quoi qu'il en soit, elle commença après que Saint-Pierre eut été atteint, et pendant toute l'année 1839, elle fit de nombreuses victimes.

L'épidémie diminua d'une manière très-heureuse d'intensité et de fréquence à la fin de l'année 1840, et c'est au point qu'il n'y eut plus que 6 atteintes nouvelles en janvier 1841. Câtel n'hésite pas à l'attribuer uniquement au refroidissement de l'atmosphère occasionné par les vents de N.-E.; mais peut-être aussi faut-il faire entrer en ligne de compte l'absence de navires et de soldats européens susceptibles de contracter la maladie.

Ce qui porte à le penser, c'est qu'en mai, au moment où les navires arrivèrent en plus grand nombre, la maladie reprit de son activité. La corvette le *Berceau*, notamment, fournit, dès le mois de mai, un grand nombre d'atteintes, et nous avons cru démêler qu'elle était arrivée de France depuis peu de semaines à peine quand elle fut envahie par l'épidémie.

Avec l'hivernage, nombre de navires de commerce vinrent au carénage et l'épidémie reprit vigoureusement; continuant jusqu'en mars 1843 avec seulement une sensible diminution dans le nombre et la gravité des atteintes, d'avril à septembre 1842.

En août 1843 il y eut à Fort-de-France une nouvelle poussée allant jusqu'en mars 1844. Puis après une intermission de deux mois, il y eut de nouveaux cas jusqu'en novembre, moment où la maladie s'éteignit totalement.

Nous manquons de trop de renseignements pour avoir une idée parfaitement arrêtée sur les causes de ces rémissions et intermissions dans l'activité de la maladie, car Câtel soutenant l'idée que la fièvre jaune était exclusivement due à la prédominance des vents du sud, n'a pas tenu un compte suffisant

des arrivées d'hommes et de navires suivant les oscillations d'atteintes et de morts.

Comment n'aurions-nous pas cette pensée quand nous lisons dans le rapport du premier trimestre 1843 (Fort-de-France), par exemple : « Le typhus ictérode a particulièrement sévi sur les canonniers d'artillerie de marine et les militaires récemment arrivés de France. » Dans celui du troisième trimestre 1843 : « L'épidémie a plus particulièrement frappé les marins du commerce..... La réapparition de la fièvre jaune sporadique à Fort-de-France, dans la seconde quinzaine du mois d'août, doit être attribuée d'abord aux vents dépendant du sud et ensuite à l'arrivée des navires du commerce. »

D'ailleurs Câtel lui-même (Rapport du quatrième trimestre 1843), bien qu'il écrive : « La cause générale, unique de la fièvre jaune réside dans les vents dépendants du sud, » nous donne une arme précieuse par les phases suivantes : « Quoique nous ayons plusieurs fois parlé du danger en temps d'épidémie de fièvre jaune de changer les militaires de garnison, il est nécessaire aujourd'hui de revenir sur cet important sujet. Depuis la première invasion de la fièvre jaune à la Martinique en 1838, l'observation et l'expérience ont démontré de la manière la plus formelle que le mouvement des troupes d'une localité à une autre localité, d'un fort à un autre fort, était toujours suivi d'un accroissement considérable dans le nombre des malades et dans celui des décès. »

Il n'est pas nécessaire, j'espère, de donner d'autres détails pour faire prévaloir cette idée que de 1838 à 1844 on n'a pas pris, faute d'en connaître l'importance, les précautions nécessaires pour empêcher la transmission de la fièvre jaune, d'un point à un autre de la colonie, et qu'il est fort possible que ce soit cette raison qui ait fait durer l'épidémie pendant aussi longtemps en lui fournissant incessamment de nouveaux éléments de recrudescence,

Le conseil de santé de Fort-de-France fut chargé par le ministère de la Marine de rechercher les causes de l'épidémie de fièvre jaune qui avait envahi la colonie en 1838, mais il ne s'occupa que de rechercher les conditions de météorologie et de topographie sans dire un mot des communications qui avaient existé entre la Martinique et les divers pays contaminés avant elle par cette épidémie, ni les divers mouvements de troupes et de navires. Il ne pouvait en être autrement puisque Câtel, qui en était l'âme et le chef, y faisait prévaloir son opinion, opinion

d'ailleurs partagée par toute cette génération médicale. Aujourd'hui nous trouvons que la cause invoquée alors n'était au moins pas unique si, comme on le croyait, elle était capitale.

PÉRIODE D'ABSENCE DE LA MALADIE DE 1844 A 1850.

De novembre 1844 à 1850, on ne signale pas d'épidémie de fièvre jaune à la Martinique. Nous avons parcouru les rapports de Câtel jusqu'en 1848, nous avons étudié ceux faits par son successeur en 1849, sans y trouver aucune mention tendant à modifier cette croyance.

PÉRIODE ÉPIDÉMIQUE DE 1850 A 1858.

La période de 1850 à 1858 étant assez rapprochée de nous peut être étudiée mieux que les précédentes, sous le rapport des allures de l'épidémie. Elle ne peut, nous devons l'avouer, nous fournir un argument péremptoire pour ou contre soit la genèse spontanée, soit l'importation de la maladie à la Martinique, mais néanmoins elle apporte une somme de probabilités qui constituent un appoint très-utile à l'étude de cette question.

Il y eut dans cette épidémie deux poussées distinctes qui furent plus tranchées à Fort-de-France qu'à Saint-Pierre ; mais cependant elles sont parfaitement appréciables dans les deux pays. Comme nous savons que, dans l'intervalle d'août 1353 à septembre 1855, les pays voisins (grandes Antilles, Guyane, Brésil), étaient frappés par une grave épidémie, nous pouvons nous demander si les cas isolés qui apparurent à Fort-de-France et à Saint-Pierre à cette époque n'étaient pas des étincelles venues d'un incendie prochain.

Nous avons besoin de partager les faits de cette période en diverses parties pour les analyser, et c'est ainsi que nous allons étudier successivement : 1° la poussée de 1851 à 1854 ; 2° la période d'interruption de 1854-55 ; 3° la poussée de 1855 à 1857.

POUSSÉE ÉPIDÉMIQUE DE 1851-1854.

Il est assez difficile dans le moment actuel d'avoir une opinion arrêtée sur la genèse de cette poussée épidémique, parce que des autorités également recommandables en pathologie exo-

tique ont été divisées à son sujet. Les médecins en service dans la colonie à l'époque dont nous nous occupons crurent au développement spontané, et, seul peut-être, Dutrouleau fut d'un avis contraire. Mais comme Dutrouleau est le seul aussi qui ait imprimé un travail de longue haleine sur la fièvre jaune de la Martinique, il en est résulté que, pendant longtemps et jusqu'à ce jour même, sa manière de voir a constitué la notoriété publique, car bien que Ballot ait soutenu en 1870 (*Arch. de méd. navale*, t. XIII, p. 54), que la poussée précitée s'était développée spontanément à Fort-de-France; son travail n'a eu ni l'importance ni la publicité nécessaires pour faire oublier les affirmations de Dutrouleau.

Je n'ai pas l'espoir de vider le débat que de pareils hommes n'ont pu clore, mais néanmoins je vais présenter les faits tels que les a montrés l'étude attentionnée que j'en ai faite sur place et, à défaut d'une certitude qui n'est peut-être pas possible aujourd'hui, les probabilités se dessineront dans un sens ou dans l'autre par cette exposition. Disons pour fixer les idées que non-seulement j'ai consulté tous les documents que j'ai pu trouver sur cette poussée épidémique dans les archives des hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre, mais que j'ai interrogé tous les contemporains de cette épidémie que j'ai eu l'occasion de connaître. Au premier rang je citerai l'amiral Fisquet, que j'ai l'honneur de compter parmi mes bienveillants amis. Il était capitaine de frégate, chef d'état-major de l'amiral Vaillant, et second de la frégate la *Sybille* de 1851 à 1853. M. Fisquet a bien voulu mette à ma disposition ses notes et son journal, ce qui m'a renseigné de la manière la plus précise sur nombre de faits que j'aurais ignorés sans cela.

Le docteur Bouffier, médecin principal de la marine en retraite et qui était médecin en second de la *Sybille*, a bien voulu aussi me donner quelques renseignements au sujet du début de cette épidémie; disons à l'avance et d'un seul mot que M. Bouffier, sans nier la transmission de la maladie d'homme à homme, comme condition du développement de beaucoup d'épidémies, croit que dans le moment précité, l'exposition au soleil était capable d'engendrer de toutes pièces la maladie; il penche, par conséquent, vers l'idée de la genèse spontanée.

Nous avons besoin de prendre les choses d'un peu plus haut que 1851 pour bien comprendre comment elles se sont présentées. Nous dirons donc qu'en septembre 1849, le brick américain *Brazil* (Dutrouleau, p. 376), venant de la Nouvelle-

Orléans, avec relâche à la Havane, arriva à Bahia. Ce brick avait contracté la fièvre jaune pendant sa relâche, avait perdu deux hommes dans la traversée et apporta dans l'Amérique du Sud le germe d'une épidémie terrible qui, dans sa marche de proche en proche, atteignit peu après le Para.

L'aviso à vapeur le *Tartare*, qui était allé chercher des bœufs au Para, apporte la maladie à Cayenne, et comme à cette époque les relations étaient aussi fréquentes entre la Guyane et la Martinique que de nos jours, on pouvait prédire qu'un jour ou l'autre une épidémie éclaterait dans cette dernière colonie.

Nous trouvons dans les rapports de l'époque qu'au mois de mai 1850, on nota deux cas de fièvre jaune, dont un suivi de mort à l'hôpital de Fort-de-France. En octobre, six cas, dont deux mortels, furent observés dans l'hôpital de Saint-Pierre ; enfin, en décembre, deux cas suivis de mort furent de nouveau constatés à l'hôpital de Fort-de-France.

Recherchons la provenance de ces diverses atteintes pour savoir si on peut les attribuer ou non à l'importation. Eh bien! pour les deux derniers, il n'y a aucune hésitation à avoir ; nous voyons dans le rapport d'ensemble de 1850 qu'ils furent apportés par les navires la *Rose* et le *Phalanstère*, arrivés de Cayenne avec la fièvre jaune à bord.

Au contraire, pour les deux cas du second trimestre à Fort-de-France, le rapport du médecin en chef nous apprend qu'ils furent présentés par un menuisier et un ouvrier d'artillerie de la garnison, et tout nous porte à penser qu'ils furent seulement des faits de l'exagération d'intensité de la fièvre inflammatoire qui régnait à ce moment, sous forme épidémique, dans la garnison du chef-lieu.

Quant à ce qui est des faits du quatrième trimestre à Saint-Pierre, nous voyons cette sporadicité être plus probable encore, et, en effet, les rapports de Dutrouleau, chef du service de cette localité, nous apprend que, depuis le mois de janvier, la fièvre inflammatoire se montrait. Puis, dans le courant de septembre, elle prenait une intensité telle que des cas appelés fièvre inflammatoire à l'entrée à l'hôpital, purent être désignés par le nom de fièvre jaune dans les premiers jours du mois d'octobre.

Il n'est pas sans intérêt de constater que ces cas de fièvre inflammatoire tournant à la fièvre jaune étaient observés exclusivement chez les militaires de la garnison, de sorte que, pour admettre là une importation de maladie venue du dehors, il faudrait, comme nous le disions tantôt pour Fort-de-France,

consentir à croire que des navires auraient pu porter le germe du mal sans avoir des malades eux-mêmes. Bien plus que certains militaires qui ont certainement des relations fort limitées avec les étrangers, auraient été pris de préférence à ceux que des relations journalières mettent en contact avec les provenances de l'extérieur.

En résumé donc en écartant les faits du mois de décembre qui appartiennent évidemment à l'importation, nous sommes disposé à voir, tant pour Fort-de-France que pour Saint-Pierre, l'aggravation successive de la fièvre inflammatoire jusqu'aux phénomènes de la véritable fièvre jaune, avec cette différence cependant que la maladie semble avoir été alors moins facilement transmissible que de coutume puisque quelques décès seulement se produisirent dans les deux hôpitaux sans que l'épidémie éclatât.

Les cas suspects de 1850 n'eurent aucun résultat fâcheux pour la santé publique et l'année 1851 commença sans qu'on observât la fièvre jaune dans l'île. Mais, dès le mois de mars, la constitution médicale résultant d'une température élevée, tourna aux phénomènes inflammatoires, les maladies s'aggravèrent bientôt, la fièvre dite inflammatoire présenta des phénomènes qui rendaient son diagnostic différentiel très-difficile, et enfin, le 19 septembre, l'épidémie régnait incontestablement.

Faisons l'analyse des premiers faits de Fort-de-France et de Saint-Pierre, pour essayer d'en tirer des déductions autorisées. Ballot nous apprend que le 30 août une femme européenne, arrivée depuis cinq mois et tenant un cabaret sur la place du marché de Fort-de-France, succomba à la fièvre jaune bien caractérisée. D'après lui, ce serait le premier cas. Mais par ailleurs je tiens de l'amiral Fisquet, comme de mes recherches personnelles, que la frégate la *Sybille*, arrivée le 23 juillet de France et envoyée au mouillage des trois îlots le 4 août, eut un homme nommé Moutier, atteint de fièvre le 24 août. Ce Moutier fut envoyé à l'hôpital de Fort-de-France le 26. Il mourut le 28 à trois heures du matin, et bien que le diagnostic fut porté *fièvre pernicieuse*, j'ai tout lieu de penser que c'était, ni plus ni moins, la fièvre inflammatoire d'abord, s'aggravant bientôt jusqu'au décès.

Le 19 septembre, un capitaine d'artillerie, M. Senteltz, entre à l'hôpital et meurt le 24, de fièvre jaune confirmée. J'ai appris que cet officier avait passé la matinée du 18 au soleil, sur les travaux de la batterie de la pointe des Nègres, et que, bien portant

la veille, il avait présenté, dès le soir même, les premières atteintes d'une fièvre inflammatoire qui prit bientôt les caractères du typhus amaril.

Le 24 septembre, un matelot de la *Sybille* est évacué de la convalescence de la pointe du bout dans un état de fièvre jaune avancée qui se termina par la mort, le 25.

Le 26, c'est-à-dire presque en même temps, un prêtre succombait de la maladie au presbytère. Le rapport du médecin en chef signale deux autres décès sur des Européens, en ville, à la fin de septembre.

En octobre, en novembre, les cas se multiplièrent, l'épidémie était en pleine activité, tant en ville qu'à l'hôpital, et elle dura, cette fois, sans interruption, jusqu'au mois d'août 1853.

Liste des individus morts de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France de septembre à novembre 1851.

SENTELZ, capitaine d'artillerie, entré le 19 septembre, mort le 24 ; avait contracté sa maladie par une exposition prolongée au soleil.

PETITEVILLE, matelot de la *Sybille*, entré le 24 septembre, mort le 25 ; provenait de l'hôpital de la pointe du bout où il était depuis le 6 septembre par évacuation de l'hôpital de Fort-de-France où il était entré le 8 août.

MARTEAU, soldat d'infanterie, entré le 15 octobre, mort le 17 ; provenait de la caserne.

LAFOSSE, entré le 17 octobre, mort le 18 ; provenait de la pointe du bout où il était depuis le 6 septembre par évacuation de l'hôpital de Fort-de-France où il était entré le 22 août, provenant de Saint-Pierre où il était entré le 5 août.

MONOT, musicien d'infanterie, entré le 30 octobre, mort le 2 novembre ; provenait de la caserne.

MALLET, matelot de la *Sybille*, entré le 31 octobre, mort le 5 novembre ; provenait de la pointe du bout où il était depuis le 21 octobre, provenant de l'hôpital de Fort-de-France où il était entré le 16 septembre.

KERFOURN, soldat d'infanterie, entré le 6 novembre, mort le 18 ; provenait de la caserne.

CURET, commis de marine, entré le 8 novembre, mort le 11 ; provenait de l'aviso le *Crocodile*.

IVERT SAINT-AUBIN, aide-commissaire, entré le 8 novembre, mort le 12 ; provenait de la ville.

DORDÉ, médecin de 3e classe, entré le 12 novembre, mort le 17 ; provenait de la pointe du bout.

VIAUD, novice de la *Sybille*, entré le 13 novembre, mort le 17 ; provenait de la frégate *Amiral*.

SÉNÉCHAUD, magistrat, entré le 17 novembre, mort le 18; provenait de la ville.

MIOUT, matelot du *Crocodile*, entré le 19 novembre, mort le 23; provenant de la pointe du bout où il était depuis le 8 novembre; évacué de Fort-de-France, où il était entré le 27 octobre.

BOMBARDE, soldat d'infanterie, entré le 25 novembre, mort le 26 ; provenant de la caserne.

ALEXIUS, matelot du commerce, entré le 25 octobre, mort le 28 novembre ; était en traitement à l'hôpital.

Que déduirons-nous de l'examen de ces faits? Il me semble que, sans forcer leur signification, nous pouvons pencher du côté de la genèse spontanée, car Ballot nous apprend que depuis longtemps il n'était pas arrivé de navire suspect à Fort-de-France, renseignement qu'a corroboré le journal de l'amiral Fisquet, et nous voyons l'épidémie commencer par trois cas assez étrangers l'un à l'autre pour ne pas être disposé à penser qu'ils ont eu des relations et, en effet, le matelot Moutier, provenant du mouillage des trois îlets, n'avait certainement pas communiqué avec la femme de la place du Marché, et, d'autre part, le capitaine Sentelz avait manifestement pris son mal à la batterie de la Pointe des Nègres, tandis qu'en même temps un matelot de la *Sybille* arrivait mourant de la convalescence de la pointe du bout distante de trois milles environ, soit de la frégate, soit de la ville de Fort-de-France. Donc, sans pouvoir le démontrer par un fait péremptoire, nous voyons dans l'analyse des particularités de ce début d'épidémie qu'on est autorisé à pencher vers l'idée de la genèse sur place de la fièvre jaune à Fort-de-France, en août et septembre 1851.

La grande objection qu'on nous oppose est l'opinion de Dutrouleau qui était à cette époque chef du service de santé de Saint-Pierre. Mais nous allons voir que cette opinion est sujette à discussion de son côté et, en effet, voici les faits qui lui servirent de base :

A Saint-Pierre, la constitution médicale était à la fièvre inflammatoire comme à Fort-de-France, en juillet, août, septembre et octobre 1851. On observait en ville nombre de *mauvaises fièvres* sur les créoles; mais cependant, tant dans la population que dans la garnison, le typhus amaril n'était pas signalé. Tout à coup, le 1er novembre, la fièvre jaune s'abat sur le clergé, frappant le vicaire général du diocèse, deux sous-diacres et le

valet de chambre de l'évêque ; puis la maladie s'arrêta court, si bien que le rapport de l'époque les considéra comme des cas sporadiques.

D'où provenaient ces atteintes ? En faisant des recherches pour savoir au juste à quoi m'en tenir là-dessus, j'ai appris que l'évêque, son vicaire général et son valet de chambre arrivaient à ce moment de Fort-de-France, où ils avaient habité le presbytère. Les deux sous-diacres étaient venus travailler à l'évêché ; de sorte que nous sommes, je crois, autorisé à voir là une contamination puisée à Fort-de-France et ne se propageant que d'une manière limitée autant qu'éphémère à Saint-Pierre.

La fièvre jaune reparut à Saint-Pierre en février 1852, apportée cette fois, ainsi que l'indique le rapport trimestriel, par des militaires qui venaient de Fort-de-France, mais elle ne se propagea pas avec une grande activité cette fois encore, car nous voyons sur les états statistiques qu'il n'entra à l'hôpital que cinq cas de la maladie en février, deux en mars, un en avril, un en mai. Notons que la fièvre inflammatoire s'observait alors en nombre assez grand à l'hôpital de Saint-Pierre.

Au mois de mai 1852, Dutrouleau constatait trois cas de fièvre inflammatoire tellement graves à Saint-Pierre, qu'il se demandait s'il ne devait pas les appeler du nom de fièvre jaune et, après discussion, il se contenta du titre de fièvre inflammatoire pour deux et donna celui de typhus amaril au troisième.

Enfin, dès le commencement de juillet 1852, le nombre des cas de fièvre jaune augmenta beaucoup à Saint-Pierre, et c'est à cette date, peut-on dire, que débuta l'épidémie. Ce fut d'abord un Frère de la doctrine chrétienne arrivant du bourg des anses d'Arlet, c'est-à-dire ayant traversé Fort-de-France. Le lendemain un Frère de Saint-Pierre, revenant de l'établissement où le précédent avait séjourné quelques heures avant d'entrer à l'hôpital, est frappé à son tour, puis les militaires et les marins furent touchés en grand nombre.

Pour Saint-Pierre, on le voit, l'importation ne pourrait être niée, car, par deux fois, elle fut évidente. En effet, je tiens du vénérable abbé Marchési, alors secrétaire de l'évêché, que les cas de novembre provenaient bien certainement d'une contamination puisée à Fort-de-France ; pour ceux de juillet, nous voyons la même chose aussi. Or, Dutrouleau, qui dirigeait à ce moment le service à Saint-Pierre, put rationnellement croire à l'importation. Alors comme aujourd'hui la distance matérielle entre les deux villes était moindre que ne le ferait présumer

la rareté des relations. Il n'avait donc pas de renseignements très-précis sur ce qui se passait à Fort-de-France, et il put penser que l'importation qu'il avait parfaitement constatée pour Saint-Pierre, devait être aussi incriminée pour le début de la maladie au chef-lieu. On le voit, l'opinion de notre éminent prédécesseur est expliquée et ne nous défend pas d'une manière absolue de croire à la genèse spontanée pour Fort-de-France.

D'ailleurs l'opinion de notre éminent prédécesseur à ce sujet était-elle bien absolue? j'en doute, car s'il écrit dans son livre sur les maladies des Européens dans les pays chauds qu'il croyait à l'importation de la fièvre jaune pour l'épidémie de 1852, il était d'une opinion contraire dans son rapport sur le troisième trimestre de 1852 (Saint-Pierre), et le passage suivant va le montrer : « La maladie qui a absorbé tout l'intérêt dans ce mois, c'est la fièvre jaune, qui a reparu dans notre hôpital. Le 2 juillet, un Frère de Ploermel arrivait des anses d'Arlet, rendu à la seconde période de sa maladie. Le lendemain, il avait une hémorrhagie passive et un vomissement chocolat, et pourtant il a guéri. Le 3, entrait un autre Frère : Frère Naac, atteint de la maladie avec complication paludéenne; après plusieurs jours de symptômes graves, hoquet, etc., etc., il entrait en convalescence. Le 4, un matelot de l'*Albert*, offrait le type de la maladie, c'est le nommé Renaud, qui a succombé au sixième jour. Les jours suivants et avec intermittence, entraient un artilleur, des militaires et d'autres matelots de l'*Albert* Le 28, c'est un homme du *Parnasse*. Le 29, un de la *Zélie*. Le 30, un du *Cyclope*. Le 31, deux hommes du *Mazagran*. Il est évident que la cause s'étend, que tous les navires sont successivement atteints et que le caractère épidémique va bientôt se présenter.»

« On ne peut accuser ici aucune influence directe d'importation de Fort-de-France; tous les malades qui ont été pris n'ont eu aucun rapport avec cette localité ni aucun rapport entre eux. En même temps que la rade fournissait des malades il nous en arrivait également de la caserne. (Dutrouleau, *loc. cit.*) »

Hâtons-nous de dire que les relations entre les deux frères de la doctrine chrétienne ont existé incontestablement, et que celui qui arrivait des anses d'Arlet avait couché à Fort-de-France, dans le foyer même de l'épidémie, avant d'arriver à Saint-Pierre, c'est-à-dire quarante-huit heures avant d'entrer à l'hôpital.

Si nous cherchons à résumer les faits que nous venons de

présenter, touchant le début de cette poussée épidémique, nous voyons que la fièvre jaune était dans les environs de la Martinique, il est vrai, mais qu'ayant été apportée par des navires de Cayenne, au moment où l'état sanitaire de la colonie était bon, elle ne s'était pas propagée. Puis la constitution médicale change, devient fâcheuse peu à peu par le fait de l'apparition et de l'aggravation de la fièvre dite inflammatoire; il arrive un moment où, tout à coup, la vraie fièvre jaune se montre, et elle se montre en trois endroits différents, assez indépendants l'un de l'autre, pour qu'il semble plus logique de croire à l'éclosion spontanée qu'à la transmission de la maladie par des germes venus du dehors. Une fois née à Fort-de-France, la maladie se transmet bien positivement par les relations d'homme à homme, entre le chef-lieu et la ville de Saint-Pierre. Mais cependant, il est à remarquer qu'un premier apport reste stérile en novembre. — Ce n'est qu'en juillet, au moment le plus chaud et le plus mauvais pour l'hygiène publique que les germes purent se reproduire avec assez d'activité pour donner naissance à une poussée épidémique longtemps soutenue.

PÉRIODE D'INTERMISSION DE 1854-1855.

L'année 1854 se passa, on peut dire, sous la menace de la fièvre jaune; en effet, il entrait à l'hôpital de Fort-de-France 6 malades de fièvre jaune en janvier, 9 en février, 8 en mars et 4 en avril.

Très-malheureusement nous sommes réduits aux conjectures par ces faits, car le rapport du premier trimestre de 1854 manque à la collection, et nous n'avons pu savoir rien de précis sur cette poussée qui me semble tout à fait avoir été une petite épidémie.

On nous a dit qu'en décembre il y eut trois atteintes et un décès de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France; mais nous avons en vain parcouru avec attention le rapport du quatrième trimestre, nous avons vu qu'il n'est absolument question que de fièvre typhoïde et pas de typhus amaril, de sorte que nous avons cru pouvoir ne pas tenir compte de cette indication qui n'avait d'ailleurs rien d'officiel.

A Saint-Pierre on fut, pendant toute la saison chaude, sous l'influence de la fièvre inflammatoire; il entra même 110 matelots du commerce à l'hôpital pour cette affection, pendant les

second et troisième trimestres. Bien plus, un de ces cas fut assez grave pour être considéré comme une atteinte de fièvre jaune sporadique. (Rapport du mois d'août.) Il fut cependant suivi de guérison.

En janvier 1855 on signala un cas de fièvre jaune sporadique à l'hôpital de Saint-Pierre; c'est positivement, ainsi que nous avons pu le vérifier sur le rapport du premier trimestre, l'aggravation excessive d'un cas de fièvre inflammatoire chez un matelot du commerce. Le malade guérit. La constitution médicale continua à faire entrer à l'hôpital de nombreux cas de fièvre inflammatoire pendant le second et le troisième trimestre, et au mois d'août, un d'entre eux (sur un gendarme) fut assez intense pour prendre encore le nom de fièvre jaune sporadique.

Pendant tout ce temps, c'est-à-dire d'avril à septembre 1855, on observa nombre d'atteintes de fièvre inflammatoire à l'hôpital de Fort-de-France ; mais, dans aucun cas, on ne put songer à porter le diagnostic de fièvre jaune.

POUSSÉE ÉPIDÉMIQUE DE SEPTEMBRE 1855 A FÉVRIER 1858.

Cette poussée, qu'on a appelée l'épidémie de la *Recherche*, est assez bien connue ; elle a fait l'objet de divers rapports intéressants; elle est étudiée dans la thèse du docteur Cougit, médecin de la marine, en service à la Martinique en ce moment. Le docteur Cornillac en a fait un historique saisissant dans son livre (p. 273), ces divers documents vont nous servir tour à tour. Voici d'abord un extrait de la thèse du docteur Cougit, qui présente d'une manière que nous aurons à discuter la filiation des faits.

« L'épidémie de la Martinique, provoquée par la *Vedette*, s'était terminée. Le dernier semestre de 1854 et l'année 1855 presque tout entière s'écoulent sans aucun cas de fièvre jaune, lorsqu'en septembre 1855 arrive à Fort-de-France la corvette la *Recherche*, partie de Cayenne, où sévissait l'épidémie. Le bâtiment n'avait eu de malades ni à Cayenne, ni pendant la traversée de Cayenne à la Martinique. On ne lui impose qu'une quarantaine de trois jours, et à peine celle-ci est-elle enlevée que les travaux de déchargement commencèrent; un premier cas de fièvre jaune se déclare à bord et est bientôt suivi de plusieurs autres. L'amiral de Gueydon, pressentant que la *Recherche* pourrait bien communiquer la maladie à la population colo-

niale, lui donne l'ordre d'appareiller pour France le lendemain et me place sur ce navire pour diriger le service médical.

« Cette décision énergique n'empêcha pas le mal qu'elle avait voulu prévenir : une nouvelle épidémie fit explosion à la Martinique. Quant à la *Recherche*, le chiffre des hommes successivement atteints dans la traversée s'éleva jusqu'à trente-quatre, nous jetâmes notre dernier cadavre dans le goulet de Brest. D'où provenait elle-même l'épidémie de la Guyane? Elle a éclaté tout à coup à bord du *Gardien*, à la suite d'une corvée que ce bâtiment avait envoyée pour secourir une goëlette venant du Para, où régnait la fièvre jaune; du reste, quelques jours après, un des bâtiments de la station, le *Flambeau*, revenant du Para, entrait à Cayenne avec un certain nombre de malades atteints du typhus ictérode. »

Le docteur Cornillac nous donne à son tour la version suivante de ce qui se passa à ce moment à la Martinique : La corvette la *Recherche* et le brick du commerce la *Pauline* arrivèrent en septembre à Fort-de-France, venant de la Guyane, ou régnait la fièvre jaune et où la *Pauline* avait eu des hommes atteints par le fléau, ces navires furent mis en quarantaine mais ne furent pas fumigés, le brick du commerce surtout, avant d'être reçus en libre pratique. Peu après que la *Recherche* eut été mise en libre pratique à Fort-de-France, trois militaires qui étaient passagers sur ce navire furent atteints de la fièvre jaune et furent envoyés à l'hôpital, où il n'y avait eu depuis 1853 aucun cas de typhus amaril. Un de ces trois hommes séjourna pendant son trajet du bord à l'hôpital, pendant une heure environ, à la caserne d'artillerie et bientôt cette caserne fournit une série de malades de fièvre jaune. L'autorité voyant que la caserne d'artillerie était devenue un foyer d'infection pour les hommes, fit monter les artilleurs au fort Desaix où était casernée l'infanterie de marine, mais cette translation n'arrêta pas les invasions du typhus ictérode et, peu de jours après que les artilleurs eurent communiqué avec les soldats d'infanterie de marine au voisinage desquels ils se trouvaient au fort Desaix, ces soldats commencèrent à fournir de nombreux cas de la maladie.

Voilà, j'espère, l'apport de la fièvre jaune à Fort-de-France, par la corvette la *Recherche*, bien établi, d'après MM. Cougit et Cornillac, et sa transmission à l'infanterie par les artilleurs bien indiquée. Nous allons voir que la maladie arriva tout à coup à Saint-Pierre, apportée du dehors : Une fois que la *Pauline* eut fini sa quarantaine, on lui donna deux matelots de l'Etat pour

remplacer les hommes qu'elle avait perdus de la fièvre jaune à Cayenne et elle partit pour Saint-Pierre, où elle mouilla au milieu des autres navires du commerce présents sur rade. Ces deux matelots de l'Etat, embarqués sur la *Pauline*, ne tardèrent pas à être atteints du typhus amaril et ce furent les deux premières victimes à Saint-Pierre. On les transporta à l'hôpital et, peu de jours après, des hommes de la rade et des malades de l'hôpital fournirent un notable contingent à la maladie. Pendant que les malades de la *Pauline* introduisaient la fièvre jaune à Saint-Pierre, la 22e compagnie d'infanterie de marine, qui avait déjà perdu des hommes de la maladie à Fort-de-France, l'apporta par terre, en effet, ayant reçu l'ordre d'aller à Saint-Pierre, elle vint habiter la caserne où étaient déjà la 20e et la 2e, qui n'avaient jusque-là présenté aucun cas de typhus amaril et qui commencèrent à en fournir comme la 22e, d'ailleurs, quelques jours après que les communications eurent été établies entre elles.

Les renseignements que nous venons d'emprunter à MM. Cougit et Cornillac sont précieux; mais cependant nous avons besoin de discuter quelques points de détail, quelques-unes de leurs affirmations, pour nous faire une idée complète de la situation, car si nous laissions subsister certaines omissions et inexactitudes involontaires que renferment les documents précités, nous ne verrions pas, je crois, les choses dans leur état réel.

Nous savons déjà par ailleurs que l'épidémie née en septembre 1851 s'était terminée en août 1853 à Fort-de-France. Que de janvier à avril 1854, on avait observé une petite poussée nouvelle qui s'était éteinte d'une manière parfaitement complète en mai, à Fort-de-France. Enfin, qu'à Saint-Pierre, il n'y eut en août 1854, qu'un cas considéré comme sporadique, cas, d'ailleurs, suivi de guérison.

Nous savons que l'année 1855 s'écoula jusqu'en août sans présenter aucune atteinte suspecte à Fort-de-France; ne montrant à Saint-Pierre, en janvier, qu'un cas qui fut considéré comme sporadique. Mais nous devons ajouter que depuis plusieurs semaines la constitution médicale était aux phénomènes dits inflammatoires, quand la *Recherche* arriva à Fort-de-France.

La preuve en est dans le rapport du chef de service de santé de la colonie, dont voici l'extrait :

La constitution médicale de ce mois n'ayant pas différé de celle d'août

et de juillet, les pluies ayant toujours été très-abondantes, les chaleurs par fois insupportables et les vents du S et S-E ayant régné pendant plusieurs jours, les fièvres intermittentes ont encore été fréquentes et très graves ; elles ont conduit à l'hôpital un assez grand nombre de militaires du fort Saint-Louis et de la caserne d'artillerie. Mais en général les atteintes observées chez les artilleurs arrivés depuis six mois dans la colonie ont suivi le type continu et ont été bien différentes de celles qu'ont éprouvées les autres militaires acclimatés.

Il a fallu opposer à ces fièvres un traitement particulier et le fébrifuge qui était employé avec tant d'avantage dans les maladies de ces derniers temps ne pouvait convenir que vers la fin de celles dont les artilleurs étaient atteints.

« Plusieurs de ces hommes en entrant à l'hôpital nous présentaient la face vultueuse, l'injection des conjonctives, une physionomie triste, le pouls dur donnant 100 a 110 pulsations ; une peau sèche, un brisement général des membres et un gargouillement considérable dans la fosse iliaque droite. Ces symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde des Européens nouvellement arrivés dans la colonie ont été avantageusement combattus par la limonade citrique glacée, la potion iodée, les bains froids, les lavements d'eau glacée, les compresses d'eau froide tenues sur la tête et sur le ventre ; nous avons été assez heureux pour ne perdre aucun de ces malades.

« Sous l'influence des phénomènes météorologiques déjà énoncés, c'est-à-dire pluies abondantes, chaleurs excessives règnant pendant plusieurs jours des vents de S et de S-E, les fièvres qui avaient le caractère typhoïde devinrent beaucoup plus graves que les mois précédents par les complications suivantes : céphalalgie violente, irritation gastrique, vomissements opiniâtres et ictère, l'apparition de ces symptômes nous fit craindre la fièvre jaune. »

« Le 14 septembre un soldat canotier du gouverneur et un jeune mousse du navire de commerce le *Courrier de Morlaix* entrèrent à l'hôpital présentant tous les symptômes de la fièvre jaune. Le canotier succomba à la gravité des accidents et le mousse se rétablit. »

« La corvette de charge la *Recherche* arrivant de Cayenne où la maladie régnait toujours avec une grande intensité, et ayant le germe de cette grave affection à son bord ne tarda pas à envoyer à l'hôpital un officier passager allant à la Guadeloupe, la fièvre jaune marcha chez lui avec une rapidité effrayante et il est mort le 4e jour de son entrée. »

« Peu de jours après nous recevons un élève de la *Recherche* et quatre de ses matelots atteints de fièvre jaune. L'élève fut assez heureux pour échapper aux suites funestes de la maladie et les matelots nous donnent en ce moment les plus vives inquiétudes.

« Chez les militaires venant de la caserne d'artillerie, quelques uns des symptômes de la fièvre jaune se font observer et il est à craindre que chez des hommes aussi robustes n'ayant que 6 à 7 mois de colonie cette affection ne se déclare avec intensité. Cependant comme nous entrons

dans la saison fraîche il faut tout attendre du changement de température et de direction des vents qui cesseront de venir du sud.

« Aucun cas de fièvre jaune ne s'est fait encore observer dans la ville où la santé publique n'a été altérée que par des fièvres remittentes et des affections catarrhales. »

« Nous avons perdu dans le courant de septembre cinq malades, trois soldats d'infanterie : un est mort d'asphyxie par suite de strangulation, le second d'apoplexie, le troisième de fièvre jaune. Un sergent est mort de fièvre pernicieuse et M. Berthold lieutenant au 2e régiment est mort de fièvre jaune. »

C'est le 19 septembre 1855 que la corvette à voile la *Recherche* arriva à Fort-de-France, venant de Cayenne, avec une patente brute de fièvre jaune. Ce navire avait 48 hommes d'équipage et 24 passagers ; il était parti le 11 septembre de la Guyane et n'avait pas eu de malades pendant la traversée (notons qu'il est dit dans la délibération de la commission sanitaire de Fort-de-France que la *Recherche* avait eu un homme atteint de fièvre jaune à l'hôpital de Cayenne, contrairement à ce que croyait le docteur Cougit). On imposa à ce navire trois jours de quarantaine, et le 22 il fut mis en libre pratique, débarquant aussitôt des objets de matériel qu'il apportait à la colonie.

C'est le 22, à sept heures du soir, que l'officier passager sur la *Recherche*, fut envoyé à l'hôpital, et par conséquent cette invasion de fièvre jaune est au moins de huit jours postérieure aux premiers cas constatés par le médecin en chef.

Donc, il est bien possible que la corvette la *Recherche* ait apporté la fièvre jaune de Cayenne ; le médecin en chef de cette époque le dit même positivement, comme nous venons de le voir. Mais nous voyons aussi que deux cas de typhus amaril, dont un suivi de mort, s'étaient manifestés déjà à l'hôpital lorsque l'équipage de la *Recherche* fut admis en libre pratique.

Quant au fait avancé par le docteur Cornillac, de trois militaires passagers de la *Recherche* envoyés à l'hôpital et infectant la caserne d'artillerie, parce qu'un d'eux se reposa pendant une heure environ en se rendant du bord à l'hôpital, pouvons-nous y voir la preuve absolue d'une contamination bien réelle, après ce que nous avons lu du rapport du médecin en chef qui, bien avant l'arrivée de la *Recherche*, signalait que plusieurs artilleurs avaient présenté ces phénomènes spéciaux qu'il appelle typhoïdes et qui sont évidemment ceux de la fièvre inflammatoire atteignant presque la gravité de la fièvre jaune ?

On le voit, mes honorables camarades, un peu trop vivement frappés peut-être par certaines coïncidences, ont rattaché comme cause à effet des faits qui prêtent à la discussion et en ne tenant pas compte de tous les éléments de la question, de tous les événements du moment dont ils parlent, sont arrivés à croire fermement à une transmission qui me paraît, pour mon compte, infiniment moins évidente.

Quant à ce que dit M. Cornillac touchant le brick la *Pauline*, nous sommes entièrement disposé à l'accepter; il est infiniment probable que le navire renfermait le germe morbide dont les matelots nouvellement embarqués à la Martinique ressentirent aussitôt les effets désastreux. Je sus disposé aussi à croire que l'arrivée de ce navire contaminé à Saint-Pierre provoqua l'explosion de l'épidémie de ce moment, mais on m'accordera que le terrain était parfaitement préparé, puisque, depuis trois mois, la fièvre inflammatoire y avait pris une extension et une intensité inquiétantes.

Le chef du service à Saint-Pierre, le docteur Chapuis, refusait même (Rapport du quatrième trimestre 1855) à la *Pauline* une action de contamination, tout en reconnaissant que les premiers décès étaient provenus de ce navire, et il disait à ce propos : « Il est impossible d'ailleurs de ne pas voir une prédisposition au développement de l'épidémie dans l'apparition de ces fièvres dont nous avons parlé dans notre précédent rapport, que nous avons désignées sous le nom de fièvres inflammatoires et dont nous avons fait ressortir la parfaite ressemblance avec la fièvre jaune. » (Chapuis, Rapport du quatrième trimestre 1855. Saint-Pierre.)

D'ailleurs nous venons de voir, en citant ce qu'a dit le docteur Cornillac, que la maladie arrivait à Saint-Pierre par les militaires de l'infanterie presque aussitôt que par la *Pauline*, et née de ces deux fécondes sources, l'épidémie ne pouvait que se propager.

Que conclurons-nous touchant cette poussée épidémique? Nous ne pouvons accepter l'idée que c'est la *Recherche* qui l'a apportée de toutes pièces, puisque huit jours auparavant deux cas de fièvre jaune, dont un suivi de mort, avaient été signalés à l'hôpital de Fort-de-France, et que depuis longtemps les artilleurs présentaient des phénomènes morbides inquiétants.

Dire que l'arrivée de la *Recherche* ne fut pas la dernière goutte d'eau faisant déborder le vase? Je ne l'oserais et je ne saurais contredire celui qui soutiendrait cette opinion, mais remarquons

que ce serait accepter implicitement que le terrain était admirablement préparé.

Il est possible, je veux bien l'admettre, que, sans la *Recherche*, ces deux cas de fièvre jaune observés à l'hôpital n'eussent été que des faits isolés non suivis de contamination des lieux ou de transmission d'homme à homme; mais cependant on ne me refusera pas que si la fièvre jaune ne s'est pas développée entièrement sur place de toutes pièces sous l'influence de certaines conditions météoriques et certaines dispositions de la garnison, elle est arrivée au moins jusqu'à l'imminence la plus grande, puisque plusieurs artilleurs avaient des atteintes morbides très-voisines du typhus amaril, et que deux Européens présentèrent même les phénomènes de la maladie.

Ce que je viens de dire pour Fort-de-France est rigoureusement applicable à Saint-Pierre, de sorte que, tout en admettant l'importation étrangère, nous ne manquerons pas de noter la disposition spéciale de la constitution médicale du moment dans cette localité.

Pour cette poussée épidémique comme pour la précédente, j'ai cherché dans les divers registres de l'hôpital de Fort-de-France le nom des premiers hommes atteints de fièvre jaune, leur provenance et la date de leur entrée :

BATEOUAL, artilleur, provenant de la caserne, entré le 14 septembre et mort le 17.

MAHÉ, mousse du navire du commerce le *Courrier de Morlaix*, entré le 14 septembre et guéri.

BERTHOLD, lieutenant d'infanterie, provenant de la *Recherche*, entré le 22 septembre et mort le 25.

JUBIN, aspirant de la *Recherche*, entré le 25 septembre et guéri.

DARDÈS, matelot de la *Recherche*, entré le 27 septembre et guéri.

SALAMY et FALANGE, matelots de la *Recherche*, entrés le 28 septembre, Salamy meurt le 1er octobre, Falange guérit.

GOURLAOUAS, matelot de la *Recherche*, entré le 28 septembre, mort le 6 octobre.

L'épidémie allumée à Fort-de-France en septembre 1855 dura jusqu'en août 1857, moment où les vents vinrent moins souvent de la partie du sud.

La fièvre jaune resta à l'état de menace jusqu'à la fin de l'année, car, en novembre, on signala deux entrées à Fort-de-France (un gendarme venant du Lamentin, mort; un second maître de la frégate la *Cléopâtre*, mort aussi). En décembre,

deux ouvriers d'artillerie furent pris à leur tour, un d'eux mourut dans les premiers jours de janvier, et le médecin en chef signalait dans son rapport qu'il avait des appréhensions en voyant que la dysentérie ne reparaissait pas et que les vents du sud semblaient reprendre prédominance.

Heureusement ces appréhensions ne furent pas justifiées, un seul entrant en janvier, un autre en février, et ces deux atteintes furent d'ailleurs assez bénignes pour faire penser que c'était peut-être la fièvre inflammatoire seulement.

A Saint-Pierre, l'épidémie qui avait commencé en octobre 1855 se prolongea sans interruption jusqu'en septembre 1857. Nous verrons par les tableaux statistiques qu'elle atteignit un nombre considérable d'Européens et provoqua de nombreux décès. Elle cessa à un moment où la température se refroidissait et où les vents, qui avaient fréquemment soufflé de la partie du Sud pendant longtemps, reprenaient la direction du N.-E.

Une atteinte de fièvre jaune est signalée en décembre 1857 à Saint-Pierre, sur un matelot français, embarqué sur un navire américain et écroué à la maison d'arrêt. Ce malade guérit et peut-être n'était-ce qu'une atteinte très-intense de fièvre inflammatoire (Rapport du 4e trimestre 1875). Notons en passant qu'il survint au moment où les vents soufflaient avec une fâcheuse insistance de la partie du Sud et qu'on en observait deux autres en ville. Le rapport du 4e trimestre (Fort-de-France), nous apprend que ces deux cas furent fournis par des individus arrivant de France et logeant dans la même rue en face l'un de l'autre.

PÉRIODE D'INTERMISSION DE 1858 à 1869.

De 1868 à 1869, nous trouvons dans l'histoire de la fièvre jaune à la Martinique une longue période d'immunité d'autant plus extraordinaire que l'expédition du Mexique amena à maintes reprises un grand nombre de soldats d'Europe et que plusieurs fois les navires venant de Vera-Cruz, avec la fièvre jaune à bord, apportèrent le fléau jusque dans le lazaret de la Pointe-du-Bout, distant à peine de deux milles de Fort-de-France.

Bien plus, à quatre reprises différentes, la fièvre jaune est introduite jusque dans l'hôpital militaire même, et les malades évacués aussitôt au lazaret ne sont pas l'origine d'une épidé-

mie, bien qu'ils aient souvent été atteints assez sévèrement pour succomber.

Ce fait de l'immunité de la Martinique à une époque où la fièvre jaune faisait pourtant, à plusieurs reprises, rage dans certains pays voisins : la côte du Mexique, l'île de Cuba en Amérique, la Sénégambie en Afrique, Lisbonne en Europe, nous fournit un grand enseignement. Nous pourrons l'invoquer ultérieurement avec grande raison pour prouver que le typhus amaril n'est pas endémique dans cette île, car nous dirons alors que la grande majorité des troupes qui sont allées et qui sont revenues de l'expédition du Mexique, ont passé à Fort-de-France et s'y sont trouvées à plusieurs reprises dans les conditions de nombre et de saison qui auraient dû faire apparaître une épidémie si, comme on le dit si souvent, il suffisait de l'arrivée d'un certain nombre d'Européens pendant la saison chaude pour provoquer une explosion du typhus amaril.

Au moment où la poussée épidémique de 1851-1858 se terminait, ou pour mieux dire à mesure que la fièvre jaune allait frapper en Europe des coups redoublés dans le Portugal et menacer même la France (épidémie de Saint-Nazaire), l'idée de la contagiosité de la maladie reprenait peu à peu le dessus et remettait en faveur les idées de protection quarantenaine. On commença à se mieux garder à la Martinique, sous le rapport sanitaire, et beaucoup de médecins pensent, non sans raison, que c'est à la mise en pratique de ces salutaires mesures qu'on doit en très-grande partie l'immunité dont jouit la colonie pendant onze ans.

Il ne faut pas croire, cependant, que pendant les premiers temps, au moins, de cette période de 1857 à 1869, il n'y ait pas eu de communications, que nous appellerions aujourd'hui imprudentes, avec des navires contaminés; la preuve en est dans l'admission après quatre jours d'observation, le 20 avril 1858, du navire sarde *Alphonse Ier*, qui avait eu cinq cas de fièvre jaune, dont deux de mortels, pendant la traversée de Rio-Janeiro à Fort-de-France. Mais, néanmoins, on était entré dès le 1er janvier 1858 dans la voie de la surveillance sanitaire des navires arrivant du dehors.

Le transport de l'État, la *Loire*, arrivé le 23 juillet 1858 de Cayenne où régnait toujours la fièvre jaune, fut mis en quarantaine de cinq jours, et déjà nous voyons la commission blâmer le pilote d'avoir mouillé le navire imprudemment à côté des autres bâtiments de l'État avant qu'il ne fût arraisonné. La

mesure des quarantaines commençait à paraître sage, et peu à peu on arrivait à l'appliquer avec le soin qui seul la rend efficace.

Le 27 décembre, la corvette de l'État, l'*Adour*, eut cinq jours de quarantaine parce qu'elle venait des îles du Salut, où il y avait encore quelques cas de fièvre jaune, et la commission sanitaire refusa de laisser commencer le déchargement du navire avant l'expiration de cette quarantaine.

Le 16 juin 1859, la frégate la *Cléopâtre* et le brick l'*Olivier* furent mis pour trois jours en quarantaine parce qu'ils venaient de la Havane où régnait la fièvre jaune, le fonctionnement des mesures sanitaires allait, on le voit, en se perfectionnant.

Le 11 juillet 1860, le médecin en chef était autorisé à faire connaître l'avis de la commission par un simple billet laconique pour qu'il n'y eût aucune perte de temps, et bientôt on put dire que le service était convenablement organisé ; car nous voyons, à la date du 3 avril 1862, le transport la *Meuse*, qui arrivait avec la fièvre jaune de la Havane, être séquestré rigoureusement au lazaret de la Pointe-du-Bout.

L'état des mouvements de l'hôpital Saint-Pierre, pour le 2e trimestre 1861, porte un cas de mort de fièvre jaune. Le Dr Cornillac l'indique comme étant survenu en mai dans le relevé de la mortalité des hôpitaux de la Martinique, qu'il a placé à la fin de son remarquable livre sur les épidémies de fièvre jaune aux Antilles. J'ai voulu avoir des renseignements à ce sujet, et j'ai trouvé qu'il n'y a eu à cette époque qu'une entrée et qu'un décès de la maladie. Ce cas avait été fourni par un soldat de l'infanterie de marine ; très malheureusement le chef du service de santé fut déplacé pendant ce trimestre, de sorte que celui qui a fait le rapport n'est pas celui qui était en exercice au moment où ce fait se produisit et il n'en dit absolument rien.

Nous avons lieu de penser, cependant, que ce fut une de ces atteintes de la fièvre dite inflammatoire qui, poussée à sa dernière limite, arrive à présenter le masque, sinon plus, du typhus ictérode.

En 1862, les paquebots transatlantiques ayant commencé leur service entre l'Amérique et la France, faisant escale à la Martinique, on prit des mesures pour que le service des arraisonnements et de la quarantaine fût aussi solidement assuré que possible. La commission sanitaire se préoccupait tellement qu'elle étudia la question de savoir s'il n'y aurait pas un autre lieu plus

propice que la Pointe-du-Bout pour l'établissement de lazaret.

Le 5 décembre 1862 le transport de l'État l'*Allier* arrivait de la Vera-Cruz et de la Havane avec la fièvre jaune. Le Dr Baquié a fait de cette épisode une partie du sujet de sa thèse inaugurable (*Thèse de Montpellier* 1865), nous apprend qu'il avait eu un décès de fièvre jaune le 28 novembre ; avait débarqué le 4 un malade atteint de typhus amaril dans sa relâche à la Guadeloupe, et qu'il fut mis en quarantaine à son arrivée à Fort-de-France. Il eut, pendant son séjour à la Martinique, quatre autres atteintes qui furent soignées au fortin de la Pointe-du-Bout et qui fournirent deux décès ; mais la maladie ne dépassa pas cette fois comme bien d'autres les limites du lazaret.

Il s'est passé à cette époque un fait important qu'il nous faut garder en mémoire et dont parle le Dr Baquié (p. 40) : « Peu de jours après le départ de l'*Allier* le fortin de la Pointe-du-Bout fut rendu à la libre pratique et occupé de nouveau militairement par quelques artilleurs en même temps qu'il prit sa destination de lieu de convalescence pour les anémiques de l'hôpital militaire. Or, deux artilleurs et un fourrier de marine convalescent y furent pris bientôt de fièvre jaune et succombèrent rapidement. On remit le fortin en quarantaine aussitôt, et les fumigations d'usage ayant été faites ensuite, la fièvre jaune n'y reparut pas.

Le médecin en chef signalait, dans son rapport du 1er trimestre 1863, ces trois cas comme des faits d'atteintes sporadiques, mais il faisait remarquer l'étrange coïncidence du cantonnement de ces cas sporadiques à la Pointe-du-Bout, alors que nulle part dans l'île rien de suspect ne se produisait. Pour ma part, je n'hésite pas un instant à y voir, comme le Dr Baquié et tous les médecins du cadre de la colonie à cette époque, une transmission par le local non désinfecté aux Européens qui y arrivaient trop peu de temps après le séjour des malades de l'*Allier*.

Nous pouvons garder en mémoire, à propos de cet épisode, que le fourrier de Marine fut atteint vingt-quatre heures après son arrivée à la Pointe-du-Bout; ce qui nous montre que l'incubation peut être courte. Il avait passé sa première journée au soleil, il est vrai, mais, néanmoins, il présenta, dès le début, les phénomènes irrécusables de la fièvre jaune, de sorte que cette exposition au soleil, tout en pouvant être considérée comme ayant hâté l'explosion du mal, ne pourrait être regardée comme ayant tué le sujet par simple insolation.

Le 23 juillet 1863, le transport de l'État le *Rhône*, ayant eu la fièvre à bord, ne fut admis en libre pratique qu'après observation et purifications des effets de l'équipage.

Il n'est pas inutile de rapporter ici, à titre de renseignement, les détails donnés par le médecin en chef de la *Martinique*, dans son rapport du 3e trimestre 1863, touchant cet événement.

« Le véritable intérêt de ce trimestre se trouve dans le passage et le séjour sur notre rade de bâtiments allant au Mexique et en revenant ; parmi ces derniers en effet plusieurs avaient la fièvre jaune à bord, et ce n'est que, grâce aux sages mesures sanitaires employées, que ces bâtiments ont pu faire leur quarantaine et communiquer ensuite avec la colonie sans que la maladie se soit propagée au delà du foyer primitif.

« Ces faits méritent d'être examinés dans un moment où s'agite la question de la transmission de la fièvre jaune et ou la tendance générale paraît être une réaction contre la non-contagion, où l'on paraît disposé à condamner une opinion sans doute trop absolue, mais pour tomber peut-être dans une autre qui peut aussi être trop extrême, au moins dans ses applications. »

« Les navires qui sont passés allant au Mexique ont laissé peu de malades, leur état sanitaire n'a rien offert de particulier. Parmi ceux qui, en revenant, ont touché à la Martinique nous mentionnerons d'abord le *Rhône*. Ce navire parti de Vera-Cruz le 4 juillet avait a bord 174 passagers dont 46 convalescents. Durant son séjour à la Vera-Cruz, l'état sanitaire avait été satisfaisant ; en avril, en mai, on avait constaté quelques cas de fièvre jaune, et, en juin et juillet, la maladie était devenue plus intense.

Du 4 juillet, jour du départ, au 10 du même mois, dix hommes furent atteints et sept succombèrent ; le dernier décès eut lieu le 14 juillet, mais la maladie s'arrêta, grâce à la sage mesure que prit le commandant, dès les premiers cas, de faire route au nord et de se tenir pendant huit jours par le 30° de latitude. »

A son arrivée à la Martinique, il y a donc près de quatorze jours qu'aucun cas ne s'est présenté, et onze jours que le dernier décès a eu lieu ; l'état sanitaire du navire est du reste satisfaisant.

Aucun local n'était disposé dans le moment pour servir de Lazaret. Les passagers et l'équipage firent leur quarantaine à bord du navire au lieu désigné pour les bâtiments qui y sont soumis; on prit seulement les dispositions nécessaires pour préparer un local propre à recevoir les passagers destinés pour la Martinique, dans le cas où une quarantaine trop prolongée obligerait le navire à repartir avant d'avoir la libre pratique. Mais, après une quarantaine d'observation de cinq jours, le *Rhône* fut admis à la libre pratique; les convalescents créoles

furent dirigés sur l'hôpital, les autres passagers ou malades allant en France, ne furent point autorisés à descendre à terre; l'accès du bâtiment fut interdit aux Européens pouvant contracter la fièvre jaune et les communications et travaux du bord se firent par les noirs et les hommes du pays.

Quelque temps après, le 13 septembre, la *Charente* arriva dans des conditions plus fâcheuses encore, et ayant non-seulement des hommes, mais du matériel à débarquer à Fort-de-France.

Ce navire était parti le 29 août de la Vera-Cruz ayant pour la Martinique dix-sept prisonniers mexicains et des volontaires indigènes renvoyés comme convalescents dans leur pays. La fièvre jaune régnait à la Vera-Cruz et surtout au fort Saint-Jean-d'Ulloa où avaient été déposés les prisonniers qui venaient des terres froides et n'étaient restés que quatorze jours au fort.

Le 29 août, jour du départ, un Mexicain fut atteint et mourut le 1er septembre. Le 30 et le 31 août, il se déclare deux nouveaux cas, non suivis de mort. Le 8, un Mexicain et deux hommes de l'équipage sont atteints, le Mexicain meurt le 12 septembre, jour de l'arrivée à Fort-de-France, et, le même jour, un autre homme de l'équipage tombe malade.

La commission sanitaire décida que la *Charente* subirait une quarantaine indéterminée au mouillage destiné pour ce cas; que tous les passagers de ce bâtiment seraient débarqués au fort de l'îlet à Ramiers, que l'autorité désigna comme lieu de quarantaine.

Le 15 au soir, la *Charente* débarqua à l'îlet à Ramiers, treize Mexicains, huit volontaires des compagnies indigènes et deux matelots de son équipage.

Sur ce nombre, les deux matelots seuls étaient atteints de fièvre jaune, l'un était convalescent et l'autre était à son cinquième jour. Un des soldats indigènes était gravement malade, mais de dysentérie.

Le 16, la *Charente* envoya au Lazaret l'infirmier du bord, gravement atteint de fièvre jaune et qui mourut le 20. Quant aux deux autres matelots, ils guérirent. Comme ils ne se déclara plus de nouveaux cas, la libre pratique put être donnée le 25.

Dès le 19, pendant la durée de la quarantaine, on commença le déchargement du matériel d'artillerie qui fut mis dans un chaland par l'équipage, remorqué à terre et débarqué. Pendant le temps que la *Charente* resta à Fort-de-France en libre pratique, il ne survint aucun accident et le navire continua son voyage sans nouvelle atteinte.

Il est évident que les mesures sanitaires prises dans ces différentes circonstances ont suffi pour arrêter l'extension de la maladie, disait le médecin en chef ; il serait seulement à désirer que la colonie possédât un Lazaret bien installé et un service sanitaire régulièrement constitué pour ne pas être obligé de recourir à de nouvelles mesures à chaque nouvelle circonstance qui se présente : vœu que nous avons formulé à maintes reprises à treize ans de distance et que nous avons eu la satisfaction de voir se réaliser en partie.

On ne veillait pas seulement du côté de la Havane et du Mexique ; en effet, le 31 décembre, le navire du commerce anglais la *Cornelia*, venant de Démérary (Guyane anglaise), où il avait eu la fièvre jaune, était mis en quarantaine, de sorte, on le voit, que le service sanitaire était mis en pratique avec soin. Ce n'est pas seulement contre la fièvre jaune qu'on cherchait à se garantir par son usage, mais de la variole et aussi du choléra qui sévit avec grande rigueur à la Guadeloupe en 1865 et en 1866. A la date du 18 décembre 1865, nous trouvons même une décision de la Commission sanitaire visant un navire chargé de bœufs, ce qui nous porte à penser que les mesures quarantenaires qui, d'ailleurs, étaient considérées en Europe comme utiles et recommençaient à être considérées avec faveur dans plusieurs pays du Nouveau-Monde, étaient strictement observées à la Martinique. Donnons-en pour preuve que, dans les premiers jours de janvier 1866, la Commission sanitaire déféra à l'autorité judiciaire, le capitaine d'une goëlette qui avait trompé le médecin arraisonneur à son arrivée.

Menace d'épidémie du Caraïbe, *en* 1866. — Le 11 novembre 1866, le paquebot le *Caraïbe*, arrivé depuis le 3 du même mois de Saint-Thomas, envoya trois hommes atteints de fièvre jaune à l'hôpital militaire de Fort-de-France ; il en avait trois autres à bord. Le médecin en chef réunit aussitôt la Commission sanitaire qui décida que le navire serait mis en quarantaine au Lazaret, et subirait les épurations jugées nécessaires. Les malades du *Caraïbe* furent transportés aussitôt à la Pointe-du-Bout, avec un médecin chargé de les soigner, en même temps qu'il surveillerait la purification du navire contaminé et de son équipage.

Le 9 décembre 1866, la Commission sanitaire mit en quarantaine les deux paquebots le *Nouveau-Monde* et la *Guyane*, le premier venant de Sainte-Marthe et le second de Démérary en patentes brutes de fièvre jaune.

Il se passa à cette occasion un incident qui mérite d'être rapporté pour montrer que les mesures sanitaires étaient pratiquées avec soin. Des travailleurs nègres au nombre de quatre-vingt-treize ayant communiqué avec le premier de ces navires pendant qu'il faisait son charbon, il fut décidé que ces travailleurs seraient mis en quarantaine au Lazaret pendant cinq jours. La Compagnie transatlantique fit des réclamations et visa même une question de principe pour d'autres paquebots; elle voulait que les travailleurs nègres fussent laissés dans le parc à charbon qui n'est clos que par une barrière en planches; mais la Commission repoussa cette demande, disant que si la Compagnie voulait avoir le droit de garder dans le parc à charbon, dans l'intervalle du passage des deux paquebots, les travailleurs nègres mis en quarantaine, elle devait établir un parc dans un endroit suffisamment isolé pour que la séquestration des quarantenaires fut réelle.

Menace d'épidémie du Washington, *en janvier* 1867. — Le 8 janvier 1867, le vapeur transatlantique le *Washington*, arrivé avec une patente nette, fut mis en libre pratique. Quelques heures après, un des passagers ayant été reconnu pris de fièvre jaune, on le transporta aussitôt au fortin de la Pointe-du-Bout, où il fut interné avec un médecin. Le navire devant partir quelques heures après, ne fut pas mis en quarantaine.

Voici les renseignements que je trouve dans le bulletin sanitaire du 8 au 23 janvier 1867 : Le militaire dont il s'agit était le nommé Dérouet, fusilier du 62e de ligne, venant de Panama et embarqué sur le *Washington* à Colon-Aspinwall, après l'évacuation de Mazatlan. Il avait passé avant son embarquement sur le *Washington*, six jours sur le transport le *Rhin*, dans le Pacifique, avait traversé l'isthme le 2 janvier et ne fut atteint que le 7. Il n'y avait pas de fièvre jaune à Aspinwall, de sorte que l'incubation avait été de plus de six jours chez lui.

Menace d'épidémie du Rienzi, *en* 1867. — En 1867, le 23 février, la colonie sembla tout à coup menacée par le typhus amaril. Un navire du commerce arrivant d'Europe, le *Rienzi*, fut infesté dans le port même du carénage et présenta sept cas incontestables de la maladie ; mais le prompt isolement et la mise en quarantaine immédiate de ce navire arrêtèrent la maladie au quai même du chef-lieu de la colonie.

Le docteur Encognère, médecin de la marine, en service à la Martinique, a rendu compte de cet événement pathologique et nous extrayons de son travail comme des renseignements oraux

qu'il nous a donnés depuis, les détails suivants : « Le 23 février 1867, vers quatre heures de l'après-midi, deux matelots du navire anglais *Rienzi*, John Connor et Isaac Nelson, entraient à l'hôpital militaire de Fort-de-France, atteints de fièvre jaune. La maladie aussitôt reconnue, M. le médecin en chef, Saint-Pair, fit décider d'urgence l'envoi de ces matelots au Lazaret de la Pointe-du-Bout, et je fus chargé de diriger le service médical de cet établissement pendant la durée de leur quarantaine. Le même soir, vers neuf heures, ces deux hommes étaient transférés de l'hôpital au Lazaret, où ils arrivaient, sous ma conduite, à onze heures de la nuit. Quant au *Rienzi*, il fut remorqué, dès le soir même, hors du carénage et mouillé en grande rade. »

« Le 25, à quatre heures du matin, le nommé John Connor succombait. Ce même jour, à onze heures, deux autres matelots, Jules Smith et John Holland, étaient amenés du *Rienzi*, et présentaient à un très-haut degré de violence, tous les symptômes de la première période du typhus ictérode. »

« En présence de ces deux nouveaux cas, la Commission sanitaire ordonna le débarquement immédiat de l'équipage sur l'Ilet à Ramiers, et l'isolement le plus rigoureux du navire au mouillage du Lazaret. Grâce à ces mesures, le *Rienzi* fut préservé, sans aucun doute, d'une contamination générale; néanmoins, malgré leur prompte exécution, trois autres cas se déclarèrent sur l'ilet à Ramiers et le 1er mars, les trois matelots, William Toole, Oscar Neilson et Thomas Rollands entraient au Lazaret, atteints de la même affection. Les deux premiers moururent : Toole, le 4 mars ; Neilson, le 6. A partir du 1er mars, la maladie s'arrêta complétement. »

« Le *Rienzi*, commandé par M. Murphy, et ayant vingt hommes d'équipage, était parti de Cardiff le 4 décembre 1866, avec un plein chargement de houille. Il arriva à la Martinique le 25 janvier suivant, sans avoir fait aucune relâche, sans avoir communiqué avec aucun bâtiment, sans avoir eu aucun malade pendant la traversée. Ce navire fut mouillé dans le carénage et accosté avec trois paquebots transatlantiques, venant de France, pour décharger son charbon bord à bord. Pendant ce temps, l'état sanitaire de la ville, de la rade et du port de Fort-de-France était excellent; les paquebots n'avaient offert aucun cas de fièvre jaune; pas un navire marchand n'avait été reçu venant des ports contaminés; les bâtiments de guerre présents arrivaient presque tous directement d'Europe, et n'avaient aucune

maladie ; les hommes du *Rienzi* n'étaient allés à bord d'aucun navire ; ils n'avaient acheté aucun effet d'habillement à d'autres matelots dont la provenance eût pu être douteuse. Enfin, le *Rienzi* n'avait pas fait de voyage dans les pays chauds depuis près de six ans. »

Dans le bulletin de la situation sanitaire de la colonie du 10 au 25 mars 1867, le médecin en chef donna les renseigne- complémentaires suivants très-semblables aux précédents et parfaitement précis.

« Une enquête a été faite pour rechercher si le *Rienzi* n'avait pas eu de communication avec quelque navire suspect : Parti de Cardiff pour Fort-de-France, il arriva à sa destination le 25 janvier sans avoir fait de relâche. Dans le port il fut mis bord à bord avec trois paquebots de la compagnie transatlantique auxquels il donna les deux tiers de son charbon. Ces paquebots sont la *Vera-Cruz*, la *Floride* et le *Nouveau Monde*, tous les trois venant de Saint-Nazaire avec des équipages en bonne santé. Il n'a pu puiser à bord de ces navires le germe d'une maladie qui n'existait pas. C'est donc un cas de fièvre jaune sporadique qui s'est déclaré chez Connor John, le premier matelot qui est tombé malade. Lorsque cet homme ressentit les premiers symptômes de la fièvre, le capitaine n'en soupçonnant pas la gravité, garda le malade à bord jusqu'au 23, date de son envoi au lazaret. Connor resta donc couché trois jours et deux nuits dans le poste du navire avec dix-sept matelots, dont six furent frappés du 23 février au 1er Mars.

Nous pensons que ces six hommes ont contracté la maladie en couchant dans le poste près de Connor et que si le capitaine avait isolé ce dernier dès le 21 février sa fièvre ne se serait pas propagée au tiers de l'équipage.

Il reste démontré pour nous que la fièvre jaune développée sur John Connor a été le point de départ de la petite épidémie du *Rienzi*. Mais, dira-t-on, si John Connor a contracté spontanément la fièvre jaune pourquoi les six autres matelots ne l'auraient-ils pas contractée de la même façon ? Il y avait alors dans le port de Fort-de-France, des navires du commerce, des paquebots et des bâtiments de guerre : sur aucun cette affection n'a été observée et le contraire aurait eu lieu si notre atmosphère avait contenu les éléments d'une épidémie. »

En présence de ces détails, on ne peut, ai-je dit déjà, que faire des suppositions sans avoir de fait absolu à fournir en faveur de l'opinion soit de la genèse spontanée, soit de l'origine étrangère de la fièvre jaune sur le *Rienzi*, et nous aurons à reprendre la question ultérieurement pour la discuter. Dans le moment présent, il nous suffit de constater ce qui ressort évidemment du récit du Dr Encognère, à savoir que de promptes et radicales

mesures d'isolation du foyer morbide arrêtèrent ce commencement d'épidémie qui avait très-sérieusement menacé l'île de la Martinique dès le premier moment.

Le 7 juin 1867 le paquebot la *Guyane*, arrivant de Cayenne avec une patente portant l'apparition sur plusieurs points d'une fièvre d'apparence typhoïde, et semblant peut-être contagieuse, fut mis en quarantaine ; il fut reconnu plus tard que cette prétendue fièvre typhoïde n'était autre que la fièvre jaune.

Le 8 août 1867 le paquebot le *Lafayette*, arrivait de Colon-Aspinwal avec trois malades militaires, venant de la côte mexicaine du Pacifique, que le médecin disait atteints de fièvre rémittente bilieuse. Il fut mis en libre pratique ; mais bientôt il fut placé dans la position de quarantaine, parce que cette prétendue fièvre rémittente n'était que la fièvre jaune. Un homme avait succombé pendant la traversée. Des mesures furent prises aussitôt pour empêcher que les communications avec ce navire ne fussent pas une cause d'invasion de la maladie dans l'île. C'est ainsi que le *Lafayette* fut mis en quarantaine, isolé des autres navires. Les malades furent débarqués au lazaret de la Pointe-du-Bout, où un d'eux succomba le lendemain.

Dans le bulletin de la situation sanitaire de la colonie du 9 au 24 août 1867, nous trouvons des indications touchant ces militaires, ils appartenaient l'un au 62e de ligne, l'autre aux chasseurs à pied. Ils étaient partis le 30 juillet au matin de Panama et étaient arrivés à bord du *Lafayette* le même jour à midi sur rade de Colon-Aspinwall, ils furent atteints le soir même de la fièvre jaune. Ils avaient passé huit jours à Panama chez le consul qui leur avait recommandé de ne pas sortir de la maison à cause d'une épidémie qui régnait dans la ville, et ils avaient couché sur des matelas prêtés au consul par l'hôpital de Panama. Dans ce voyage il y avait trente-deux militaires susceptibles d'être pris de fièvre jaune, quatre avaient été atteints, deux en moururent.

Menace d'épidémie de la Guyane *en septembre* 1867. — Dans les premiers jours de septembre 1867, le paquebot la *Guyane* arriva de Cayenne ayant passé dans les lieux où régnait la fièvre jaune ; il fut néanmoins mis en libre pratique ayant sa patente nette. Un élève mécanicien, arrivé de France le 22 août et embarqué le 13 septembre sur le *Cacique*, qui venait de Saint-Thomas, où était, on le sut plus tard, la fièvre jaune, mais qui avait été admis en libre pratique parce qu'il avait une patente nette, fut envoyé le 15 à l'hôpital, malade depuis la veille. On

reconnut qu'il avait la fièvre jaune, et on l'envoya incontinent au lazaret où il succomba le 17. Le navire précité et la *Guyane* furent mis en quarantaine et épurés. Des précautions furent mises en œuvre à l'hôpital touchant la literie et la salle où ce malade avait passé quelques heures, et la fièvre jaune ne se reproduisit pas.

Est-il inopportun de faire remarquer que les quatre menaces d'épidémie que nous avons rapportées sont concentrées dans une période de dix mois à peine, et, bien plus que les trois premières, se sont présentées du 11 novembre 1866 au 23 février 1867, c'est-à-dire dans un espace de trois mois environ.

Le 10 novembre 1867, le paquebot la *Caravelle*, venant de Saint-Thomas avec la fièvre jaune à bord, fut mis en quarantaine, et le 26 du même mois, le paquebot le *Panama*, venant de la Havane dans les mêmes conditions, fut traité de la même manière. Comme il ne faisait que passer sur rade, ceux de ses passagers, destinés à la Martinique, purgèrent leur quarantaine à l'îlet à Ramiers, tandis que ceux de la *Caravelle* étaient à la Pointe-du-Bout. Parmi les passagers du *Panama* était un malade qui succomba à la fièvre jaune au lazaret, un autre en guérit, et lors de l'admission en libre pratique, la maladie n'éclata pas en ville.

D'ailleurs disons, pour résumer, que du mois d'octobre 1867 au mois de juillet 1868 on mit cinq fois des navires en quarantaine pour suspicion de fièvre jaune, sans qu'il se produisît d'événement de maladie au lazaret. Le 7 juillet 1868, le paquebot la *Louisiane* envoya dans cette position de quarantaine un malade mourir de fièvre jaune à la Pointe-du-Bout. Enfin, ajoutons que le 22 septembre 1868, le paquebot anglais le *Mersey* fut mis en quarantaine pour la seule raison qu'il n'avait pas de patente, et qu'on sut bientôt qu'il ne montrait pas ladite patente parce qu'elle était brute.

Nous voici à un moment où la rigidité qui, depuis dix ans, présidait à la surveillance de la fièvre jaune, s'affaiblit; on se départit de la prudence qui avait toujours dicté les décisions de la commission sanitaire et, chose étrange, nous allons voir le typhus amaril faire de nouvelles invasions dans l'île, comme s'il suffisait que la main qui le repousse de la colonie faiblisse un peu ou soit moins énergique, pour qu'aussitôt il y vienne prélever un lourd impôt de sang.

L'aviso l'*Alecton*, arrivant de la Guadeloupe où régnait la fièvre jaune, fut mis en quarantaine le 7 novembre 1868; même dis-

position fut prise pour le *Phénix*, le 23 du même mois, pour la *Marie-Athalie*, dans les mêmes conditions le 30. Mais la canonnière la *Pique* se présenta le 7 décembre 1868 à Fort-de-France, ayant le gouverneur de la Guadeloupe à bord. Sa patente était brute, elle fut d'abord envoyée en quarantaine, malgré l'insistance mise pour qu'on lui accordât la libre pratique; seulement après nouvelle délibération le 8 novembre on abaissa à trois jours la quarantaine du gouverneur de la Guadeloupe, sous le prétexte qu'il était seulement anémique. Cette décision a dû laisser bien des regrets aux membres de la commission sanitaire, car, vingt jours après, le premier décès de fièvre jaune de l'épidémie de 1869 eut lieu à Fort-de-France. Disons en passant que l'excuse donnée que le gouverneur de la Guadeloupe était trop âgé pour contracter ou transmettre la fièvre jaune, était aussi inexacte que dérisoire, et, en effet, ses effets pouvaient donner la maladie comme les effets d'un jeune homme. Quant à l'affirmation que l'âge avancé ne permet pas de contracter la maladie, un si grand nombre de faits prouvent le contraire, qu'il n'est pas nécessaire de le discuter.

Le 26 novembre 1868, la même canonnière la *Pique* venant encore de la Guadeloupe fut séquestrée cette fois avec ses passagers au lazaret de la Pointe-du-Bout jusqu'à l'arrivée du paquebot qui allait en France. Mais dans cette circonstance, comme la première, peut-on affirmer qu'il n'y eut pas la moindre infraction aux prescriptions sanitaires, une faiblesse ayant été commise dans la commission sanitaire, n'y avait-il pas à craindre qu'en descendant d'échelons en échelons, jusqu'au garde sanitaire, cette faiblesse n'eût de tristes résultats ? Toujours est-il que personne ne pourrait affirmer que les passagers venus de la Guadeloupe, où régnait la maladie, ne pénétrèrent pas dans l'île de la Martinique à ce moment.

ÉPIDÉMIE DE 1869.

Dans le courant de l'année 1869, la Martinique fut le théâtre d'une petite épidémie, qui s'éteignit dans l'année même, après avoir emporté seulement cent quarante-quatre hommes dans les deux hôpitaux réunis de Saint-Pierre et de Fort-de-France. Ici, comme précédemment, nous devons rechercher les enseignements qui peuvent résulter de cette poussée épidémique.

Dans un excellent travail adressé à la Société médicale d'émulation de Montpellier, en mai 1870, le Dr Gaston, médecin de l'infanterie de marine à la Martinique, a conclu à la naissance spontanée de la fièvre jaune en 1869, se basant sur ce que le premier cas signalé est celui d'un jeune écrivain de marine : M. Zœpffel, arrivé de France depuis le 24 novembre, ayant passé à la Guadeloupe, où régnait la fièvre jaune à cette époque, sans y communiquer, cependant; de sorte, disait M. Gaston, qu'il faut ou bien croire à la production spontanée justifiée par les courses au soleil de M. Zœpffel ou bien admettre qu'il avait pris la maladie en passant à la Guadeloupe sans communiquer avec l'île, puisque le navire sur lequel il était avait observé rigoureusement la quarantaine, et alors nous serions obligés d'admettre une incubation de plus de 40 jours.

Mes investigations m'ont fait reconnaître que M. Zœpffel ne fut pas le premier malade de fièvre jaune à la Martinique en 1869. En effet, le registre des autopsies à Fort-de-France porte à l'année 1869, pour le mois de janvier, l'indication suivante :

Autopsie n° 1. — Blandin Jean-Baptiste, soldat de 2e classe d'infanterie de marine, né à Saint-Quentin (Manche) le 1er juillet 1844, entré à l'hôpital le 29 décembre 1868, décédé le 3 janvier 1869 de fièvre rémittente bilieuse (F. J. n° 1.)

Autopsie n° 2. — Chavatte Joseph, sergent d'armes du vapeur l'*Achéron* entré le 19 novembre 1869, décédé le 5 janvier de fièvre rémittente bilieuse (F. J. n° 2.)

Autopsie n° 3. — Zœpffel Eugène, écrivain de Marine, entré le 10 janvier 1869, décédé le 12 janvier de fièvre jaune. (F. J. n° 3.)

Frappé de ces indications, je demandai au Dr Encognère, médecin de 1re classe, qui était, au moment où je faisais mes recherches, en service à la Martinique, ce qu'il savait touchant la question, et voici les détails qu'il m'a fournis : Le médecin en chef étant indisposé le 1er janvier 1869 fit dire au Dr Encognère de passer sa visite à l'hôpital, et celui-ci fut tellement frappé de l'état du nommé Blandin, soldat d'infanterie, entré le 29 décembre 1868 pour fièvre, qu'on avait cru tout d'abord de nature paludéenne, qu'il lui écrivit aussitôt le billet suivant : « Je trouve un malade atteint d'une affection très-extraordinaire et dont je n'ose dire le nom; s'il avait eu des hémorrhagies ou des vomissements noirs je vous écrirais : *Fièvre jaune*. Je l'ai isolé des autres malades ; il me paraît près de mourir. »

Remarquons que M. Encognère avait assisté aux épidémies de

fièvre jaune de 1850-1858, et qu'il avait eu même, en 1857, la maladie, y compris le vomissement noir, de sorte que son diagnostic présentait une grande importance; le médecin en chef l'apprécia tellement ainsi, qu'il vint aussitôt à l'hôpital et n'eut aucune hésitation; d'ailleurs les vomissements noirs se déclarèrent et le sujet mourut dans la matinée du 3 janvier.

Le médecin en chef en causa le jour même avec le gouverneur; mais pour des raisons de prudence, on porta sur le billet de décès le diagnostic : fièvre rémittente bilieuse. Il importait de ne pas effrayer la population, et c'est lorsque l'épidémie s'étant généralisée, c'est-à-dire alors que la dissimulation n'était plus nécessaire qu'il fit ajouter sur le registre des autopsies la parenthèse précitée.

Quant au nommé Chavatte, la question est plus discutable. En effet, il était entré pour fièvre dite rémittente bilieuse, c'est-à-dire pour fièvre inflammatoire, le 19 novembre 1868. Son état, après avoir été très-grave, s'était amendé, et la convalence s'était déclarée; mais des abcès s'étaient formés en maints endroits de ses membres; il avait, dans les derniers jours de décembre, des phénomènes d'infection purulente qui devaient entraîner la mort à courte échéance, lorsque le 4 janvier il avait tout à coup paru affecté de phénomènes insolites, la teinte ictérique, effacée depuis un certain temps, avait reparu et la mort était survenue.

Quoi qu'il en soit, il ne saurait y avoir de doute sur ce fait que Blandin était déjà mort de fièvre jaune quand M. Zœpffel commença à être malade. Quant à ce dernier, voici les renseignements que j'ai pu me procurer sur son compte : Arrivé à la Martinique le 22 novembre 1868, il partit aussitôt sur le paquebot le *Cacique* pour la Guadeloupe, où il devait servir; mais le navire n'ayant pas été mis en libre pratique, il revint dans les derniers jours de novembre à Fort-de-France. Jeune, plein de santé et désireux de s'amuser, ce malheureux jeune homme courait tous les jours au soleil, sous prétexte de chasser, faisait le soir maints excès de table et passait une grande partie de ses nuits avec des amis et des filles. Le 7 janvier, le paquebot le *Cacique* était arrivé de la Guayra en patente nette. M. Zœpffel, qui s'était lié avec les officiers de ce navire, lors de son voyage à la Guadeloupe, va dîner à bord et passe la nuit à s'amuser avec les officiers. Dès le 8 janvier, il se sent malade et entre à l'hôpital le 10, présentant tous les symptômes du début de la fièvre jaune.

Pendant que Fort-de-France était envahi par la fièvre jaune, Saint-Pierre en était frappé de son côté. Le docteur Langellier-Bellevue, qui dirigeait le service de santé de cette localité, avait constaté l'apparition de la fièvre inflammatoire pendant l'hivernage de 1868 et l'avait vue s'aggraver peu à peu tellement qu'il écrivait dans son rapport du 4e trimestre, que la fièvre jaune était imminente.

Le premier cas observé fut celui d'un religieux du Saint-Esprit qui, étant au Morne-Rouge, c'est-à-dire à 7 kilomètres de Saint-Pierre, et 440 mètres d'altitude, apprend qu'un de ses collègues, avec lequel il était très-lié, vient d'arriver par le paquebot. Il part à pied au lever du jour, vient embrasser son ami et remonte au Morne-Rouge entre neuf et onze heures du matin, exposé aux rayons solaires et aux ondées de pluie; il présenta, dès le soir même, les phénomènes de la fièvre jaune et guérit; mais plusieurs de ses collègues furent atteints dans l'établissement et moururent.

Le second cas fut fourni par un nommé Danso, créole de Porto-Rico, revenu d'Europe depuis six ans et habitant Saint-Pierre depuis huit mois. Il n'avait eu aucune communication avec le religieux précité.

Le troisième cas est celui d'un nommé Broca, âgé de 20 ans, né dans les Hautes-Pyrénées. Parti de Saint-Nazaire le 16 décembre 1868, sur un paquebot qui le porta à Saint-Thomas, il séjourne dans cette île du 1er au 4 janvier 1869. Il est fort probable qu'à cette époque la fièvre jaune existait à Saint-Thomas. Dans tous les cas, M. Broca embarqua sur un vapeur qui fit escale le 5 janvier à la Guadeloupe sans y communiquer, disent les rapports officiels. Le 11, M. Broca tombait malade et, le 14, il était mort.

Dès lors, la maladie est introduite dans le pays et l'épidémie peut être considérée comme en pleine activité. Notons que le rapport officiel de l'hôpital de Saint-Pierre, qui penche vers l'explosion spontanée chez les deux premiers atteints, dit qu'il n'est pas certain que M. Broca n'ait pas été contaminé à la Guadeloupe.

Pour bien faire ressortir les dates, rapprochons les faits de Saint-Pierre et de Fort-de-France :

FORT-DE-FRANCE.

BLANDIN, soldat atteint le 28 décembre, descendant du camp de Balata, envoyé à l'hôpital le 29, mort le 3 janvier.

CHAVATTE, sous-officier en traitement à l'hôpital, mort le 5 janvier.
ZŒPFFEL, employé, atteint le 8 janvier, entré à l'hôpital le 10, mort le 12.

SAINT-PIERRE.

RELIGIEUX, atteint le 28 décembre et guéri.
DANSO, atteint le 6 janvier, mort le 14.
BROCA, atteint le 11 janvier, mort le 14.

Nous voyons dans ce tableau que, le 28 décembre, le soldat Blandin et le religieux du Morne-Rouge étaient atteints à trente-cinq kilomètres l'un de l'autre, sans avoir eu aucune communication ensemble. Ce fait plaide déjà en faveur d'une éclosion spontanée. Dira-t-on que précisément le même jour un paquebot arrivait de France, ayant touché à la Guadeloupe qui était contaminée ? Mais remarquons que probablement ce paquebot n'avait pas violé la quarantaine à la Guadeloupe ; que le soldat Blandin, descendant de Balata, n'avait été en relation avec personne de ce paquebot ; que quelque rapide que soit l'incubation de la fièvre jaune, ordinairement on ne peut admettre que chez Blandin et le religieux elle n'ait été que de deux ou trois heures au plus; enfin, qu'il serait bien étrange qu'un paquebot eût apporté les germes de la fièvre jaune assez actifs pour toucher, à trente-cinq kilomètres de distance, deux individus éloignés de lui, sans qu'aucun passager, ni un de ceux qui avaient été en relation directe avec le navire, n'ait été touché.

A côté de ces improbabilités nous avons ce fait d'une exposition inconsidérée au soleil, de Blandin descendant de Balata, du religieux remontant au Morne-Rouge entre neuf et onze heures du matin, alors que nous savons qu'à chaque instant, pareilles imprudences provoquent l'explosion de la fièvre inflammatoire ; laquelle, poussée à l'extrême dans quelques cas, arrive à ne plus pouvoir être différenciée de la véritable fièvre jaune.

Aussi, sans avoir la prétention de trancher le débat d'une manière définitive, je suis tout à fait porté à croire à une éclosion spontanée de la maladie à la Martinique, et remarquons qu'il ressort de deux mémoires très-bien faits, insérés aux Archives de médecine navale, par M. Griffon du Bellay et Batby-Berquin, que l'éclosion spontanée doit être aussi incriminée à la Guadeloupe, à la fin de 1868.

Dès qu'il fut démontré que la fièvre jaune avait éclaté à Fort-de-France et à Saint-Pierre, on songea à disséminer les troupes,

à prendre une série de mesures sanitaires pour empêcher la propagation et surtout la prolongation de l'épidémie. C'est assurément, on peut le dire, à la mise en vigueur de ces sages mesures, que l'atteinte fut cette fois relativement peu sévère. Néanmoins, en y regardant de près, on s'aperçoit qu'en 1869 on a fait bien des imprudences, bien des mouvements intempestifs de troupes et que, si on avait été plus radical dans les mesures prises, on aurait certainement arrêté plus vite encore la maladie.

Nous avons, dans cette épidémie de 1869, un enseignement précieux qui nous montre, ainsi que nous aurons l'occasion de le dire ultérieurement encore, que par de sages dispositions on peut diminuer considérablement et arrêter bientôt les ravages d'une invasion de la fièvre jaune dans le pays.

Dès le 14 janvier 1869, le Conseil de santé de Fort-de-France proposa les mesures hygiéniques suivantes :

1° Assainissement de toutes les casernes et établissements publics, tels que : hospices, ambulances, prisons, etc. ; 2° badigeonnage au lait de chaux phéniqué ou chloruré; aération bien entretenue et souvent renouvelée de ces établissements; 3° aussitôt que de nouveaux cas de fièvre jaune seront constatés, dissémination dans les hauteurs des troupes et des Européens qui pourront arriver de France. On se mit à l'œuvre pour remplir ces indications, mais la chose fut faite un peu mollement et sans le complet nécessaire pour être d'une efficacité absolue. La raison de cette mollesse était, il est vrai, le petit nombre de victimes, mais c'était néanmoins chose fâcheuse, car les foyers d'infection avaient le temps de se créer.

Le 22 février, le Conseil de santé décida, sur l'avis que l'épidémie prenait de l'extension à Saint-Pierre, que la dissémination des troupes dans les hauteurs était urgente et demanda à l'autorité de prendre des mesures en conséquence. A cette époque, la garnison de la Martinique s'élevait à 1,025 hommes répartis de la manière suivante : Fort-de-France, 911 hommes; Saint-Pierre, 114 hommes; total, 1,025 hommes. — Ces hommes étaient répartis ainsi : Fort-de-France : fort Saint-Louis, infanterie, 475; disciplinaires, 21. Fort Desaix, infanterie, 223; artillerie, 3. Pont-Cartouche, infanterie, 6. Caserne d'artillerie à Fort-de-France, 134. En ville, plantons d'infanterie, 22; gendarmerie, 23. Ilet à Ramiers, artillerie, 4. Donc en tout au chef-lieu, 911.

Saint-Pierre, dans la caserne de la ville, infanterie, 93 ; artillerie, 4; gendarmerie, 17; soit 114.

Les mesures ne furent pas employées de la manière radicale nécessaire pour arrêter le mal dans son origine même, et il est à désirer que ces faits servent de leçon à l'avenir, car on ne saurait mieux montrer la nécessité d'agir rigoureusement et d'une manière complète qu'en montrant l'inefficacité des mesures employées quand il y a des tergiversations. Qu'on me permette ici un mot de digression pour bien fixer les idées touchant la nécessité de la promptitude et de la vigueur avec lesquelles les mesures doivent être employées en temps d'épidémie : une épidémie est comme un incendie et peut lui être comparée en tous points. Or, il est vulgaire de dire qu'un incendie doit être attaqué aussi vite, aussi résolûment et avec autant de vigueur que possible dès qu'il est signalé, quand on veut réduire le malheur à ses moindres proportions. Eh bien! il ne saurait y avoir d'autre règle contre l'épidémie qui, en ceci comme en tout, est comparable à un incendie.

Le 26 février, l'aviso à vapeur l'*Achéron* emporta 40 hommes de la garnison de Saint-Pierre à la Trinité et 20 hommes au Marin. Il ne restait donc plus à Saint-Pierre que 54 hommes indispensables, disait-on, pour le besoin du service. Eh bien, à notre avis, il y avait encore quarante hommes de trop, sinon plus, car c'était exposer ces hommes à l'épidémie dans un avenir prochain. Par conséquent l'excuse de l'indispensabilité de leur présence pour le service tombe d'elle-même; il est évident que les hommes malades ne peuvent assurer le service militaire.

Quant à Fort-de-France, le 27 février, 60 hommes d'infanterie du fort Saint-Louis montent au camp des Pitons. Le 1er mars, 60 autres fantassins sont envoyés à l'îlet à Ramiers. A cette date, les 37 ouvriers d'artillerie furent casernés au fort Desaix, d'où ils ne descendaient en ville qu'aux heures de travail. Le 23 mars, toute l'artillerie, moins quelques hommes indispensables à Fort-de-France, fut dirigée sur le fort Desaix, avec ordre de ne plus redescendre en ville.

Remarquons qu'à Fort-de-France comme à Saint-Pierre, on laissait beaucoup trop de militaires dans les foyers d'infection et, en effet, n'était-ce pas exposer grandement ces militaires à contracter la fièvre jaune, quand nous voyons que 37 ouvriers d'artillerie descendaient tous les matins du fort Desaix pour travailler en ville et remontaient le soir ? C'était, à notre avis,

une très-grande imprudence, car non-seulement ces ouvriers se trouvaient ainsi exposés plus spécialement à la fièvre jaune par leur fait de leur double course au soleil pour descendre et monter au fort Desaix, mais encore pouvaient-ils contaminer ce fort Desaix et y porter le germe de la maladie à leurs camarades qui ne descendaient pas en ville.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de l'isolation complète comme moyen d'arrêter les épidémies de fièvre jaune. Par conséquent, quand on nous dit que les ouvriers d'artillerie couchaient au fort Desaix et travaillaient en ville, quand on nous apprend que le 31 mars il n'y avait plus au fort Saint-Louis, en ville, au chef-lieu, que 435 hommes environ et qu'à Saint-Pierre on comptait encore 54 hommes, nous avons le droit de répondre que c'était encore beaucoup trop de monde exposé au fléau. Il n'est pas étonnant que l'épidémie ait fait à ce moment un nombre croissant de victimes.

L'*Achéron* porta au Marin le 28 février un homme de la garnison de Saint-Pierre présentant les prodromes de la fièvre jaune. Heureusement ce cas mortel ne fut suivi d'aucun autre dans cette localité; mais, vers le 15 juillet, la maladie s'y déclara et on décida d'évacuer ce détachement sur le Morne-Rouge, c'est-à-dire à 350 mètres d'altitude, pour essayer de limiter les coups du fléau.

Assurément la mesure était excellente en théorie, l'intention de l'autorité était très-louable. Mais en pratique n'y a-t-il pas quelque chose à redire dans cette première évacuation au Marin et cette seconde migration vers le Morne-Rouge? Il ne nous sera pas difficile de prouver que oui; en effet, la dissémination et l'isolation des troupes étant la chose reconnue excellente, capitale pour empêcher les ravages de la fièvre jaune, quelles sont les règles qui doivent présider aux disséminations que l'on décide? Nous les formulerons ainsi:

1° Avoir soin que les contingents que l'on isole ne soient pas trop nombreux, de manière à ce que dans le cas où un d'eux serait rejoint par la maladie, les chances de mortalité ne soient pas très-grandes.

2° Il faut que ces contingents soient évacués, autant que possible, vers les endroits moins propices à la fièvre jaune que les pays de Fort-de-France et de Saint-Pierre, et par conséquent il faut autant que possible ne pas choisir des stations sur le littoral peu au-dessus de la mer.

3° Il est prudent de prévoir la possibilité de l'explosion de

la fièvre jaune dans un des contingents que l'on dissémine, et comme dans ce cas il sera indiqué de la faire changer de résidence, il faut choisir les lieux de stationnement de manière à ce que, d'une part, il ne soit pas une cause de contamination pour un autre contingent auprès duquel il passerait si on n'y prenait garde, et, d'autre part, il ne soit pas exposé à contracter d'autres germes de la maladie en passant dans un lieu où elle existe déjà.

On le voit, à tous ces titres, l'évacuation au Marin était une première faute; celle du Morne-Rouge en fut une seconde plus grande encore, peut-être, et nous ne sommes pas étonné que ce Morne-Rouge ait été envahi à son tour alors qu'on croyait jusque-là que les hauteurs étaient un refuge assuré contre le typhus amaril.

Vers le 15 juillet, la fièvre jaune se manifesta à la Trinité et, malgré l'évacuation du détachement sur le camp de l'Alma, il y eut encore quelques cas de fièvre jaune, bientôt cependant l'épidémie s'arrêta dans ce groupe de militaires. Cette fois nous pouvons dire que la mesure fut sagement employée. Les troupes auraient, je crois, dû être dirigées primitivement sur le camp de l'Alma au lieu de la Trinité ; mais une fois la première évacuation accomplie, on prit le meilleur moyen d'arrêter la fièvre jaune dans ce détachement en l'envoyant dans les hauteurs par un chemin où il ne rencontrait pas d'autres contingents, et par conséquent où il n'avait aucune chance de donner ou de recevoir là des germes de la maladie.

Au commencement du mois d'août, un officier fut atteint au fort Desaix; on voulut le soigner dans sa chambre; mais il fut bientôt si gravement malade qu'on se décida à le porter à l'hôpital où il succomba quelques heures après. Ce fut, à notre avis, une imprudence à plusieurs titres, et, en effet, la maladie de cet officier prouve d'abord qu'il y avait des communications entre la ville de Fort-de-France et le fort Desaix; par conséquent l'isolation du contingent péchait par la base. En second lieu, il ne faut pas qu'un sentiment de sympathie, très-louable sans doute, en temps ordinaire et pour une maladie non contagieuse, expose tout un groupe d'hommes sains à contracter la fièvre jaune pour la raison qu'on a voulu éviter à un ami des mauvaises chances de l'entrée à l'hôpital, qui est synonyme de mort pour quelques esprits timorés.

Dans un cas pareil, il aurait fallu, sans aucune hésitation et sans le moindre retard, faire sortir du fort Desaix le malheu-

reux malade ainsi que sa literie et ses effets à usage, ayant soin en outre de laver et fumiger sa chambre, qu'on aurait ensuite blanchie ou peinte à la peinture fraîche. De pareilles dispositions devraient être prises en temps d'épidémie de fièvre jaune dans tous les locaux où surgit un nouveau cas.

Ce que je viens de dire de la nécessité qu'il y aurait eu à faire sortir au plus vite le malheureux officier malade du fort Desaix paraîtra peut-être dénoter dans mon esprit une barbarie que je n'ai certes pas. Je serai accusé alors d'inhumanité, alors que j'aurai seulement parlé d'après les enseignements de l'expérience. J'en donne d'abord pour preuve ceci : c'est que l'officier mourut en arrivant du fort Desaix. Il ne lui serait pas arrivé pire s'il avait passé plus longtemps à l'hôpital, et par conséquent on me passera que dans ce cas précité l'imprudence commise fut absolument inutile pour le malheureux malade.

Mais ce n'est pas la seule raison qui me pousse, quand je dis qu'il fallait le faire sortir aussitôt que possible. A ceux qui me taxeraient de dureté de cœur, je répondrai que si la vie d'un ami a un prix incomparable pour les intéressés, la vie humaine a une valeur égale chez tous les hommes pour le médecin, le législateur ou le chef. Par conséquent, comme on exposait un contingent de trois ou quatre cents hommes à être frappés de la fièvre jaune en essayant d'en sauver un, il y avait faute aux yeux de l'hygiéniste. Il faut en bonne justice chercher à garantir le plus possible d'hommes en face de la fièvre jaune, et alors rien ne doit arrêter la décision d'éloigner un malade tant qu'il reste deux individus sains dans un endroit.

Mais, m'objectera-t-on, il est admis d'abord qu'au temps d'épidémie l'hôpital est le lieu d'infection où les malades ont moins de chances de guérir qu'ailleurs. On me dira aussi que l'impression morale qu'éprouve le malheureux malade auquel on annonce son transport à l'hôpital, en temps d'épidémie, est capable à elle seule de le tuer. Je pourrais répondre que ces objections sont discutables ; mais pour ne pas éterniser la controverse, je les accepterai comme justes, y répondant aussitôt : puisque vous voulez sauvegarder la vie d'un être qui vous est cher, ne le portez pas à l'hôpital ; mais moi qui ai le devoir de sauvegarder la vie des autres, je vous adjure de le sortir du fort où sa présence est un immense danger. Alors, qu'un d'entre vous se dévoue, qu'il porte son cher malade dans une maison saine, isolée. Là, que par un admirable dévouement il le soigne avec l'affection d'un précieux ami, il lui évitera les dangers

matériels et l'impression morale de l'entrée à l'hôpital, bien plus, il est possible que la vue d'un grand trésor d'amitié qui lui est prodigué produise une impression salutaire sur le malade. La question se trouve ainsi jugée à la satisfaction de tous les intérêts, j'espère.

Nous voici arrivés à cette phase de l'épidémie où des mesures prises dans un très-bon sentiment, sans doute, mais d'une manière peu en rapport avec les prescriptions de l'hygiène, eurent pour conséquence une recrudescence dans les atteintes et la mortalité.

Le 2 septembre, le transport la *Cérès* arriva de France, apportant cent soixante hommes d'infanterie de marine et une trentaine de marins. Les soldats furent aussitôt dirigés sur Saint-Pierre, avec ordre de monter au Morne-Rouge, les marins furent mis en subsistance sur l'aviso l'*Alecton*, qui était au mouillage de Fort-de-France.

Or il y avait déjà au Morne-Rouge une partie de la garnison de Saint-Pierre qui, ayant été évacuée en février sur le Marin, avait été atteinte par la fièvre jaune dans ce point.

Le 12 août on avait évacué vers ce plateau soixante-dix-sept hommes qui étaient casernés au fort Desaix, de sorte que le 2 septembre la *Cérès* y envoyant cent cinquante-neuf soldats venus de France, il y avait un grand nombre d'hommes inacclimatés. Il est vrai que le 2 septembre, vingt-huit hommes de l'ancien contingent qui étaient au Morne-Rouge en partirent; le 17 septembre on fit une nouvelle évacuation. Néanmoins, il en restait encore relativement beaucoup.

Dans tous les cas, nous voyons, de juillet à la fin de septembre, les mouvements les plus fâcheux, sous le rapport du principe d'isolation des hommes en temps d'épidémie, se faire dans ce personnel. Sommes-étonnés dès lors que la fièvre jaune y survînt? Non, assurément; et sans qu'il soit même nécessaire de rechercher minutieusement comme on fit à cette époque, comment elle y vint, nous pouvons hardiment avancer qu'il eût été bien étrange, au contraire, qu'elle ne s'y montrât pas dans de pareilles conditions.

Nombre de mesures imprudentes furent prescrites. Nombre de fautes sanitaires furent pratiquées par les individus, est-il étonnant que 40 atteintes, sur lesquelles on compta 19 morts,

aient été les tristes résultats de ces oublis de la prudence en matière d'épidémie.

Ces divers mouvements du personnel effectués au moment de l'arrivée de la *Cérès* nous fournissent un enseignement précieux au sujet d'une question incomplétement étudiée jusqu'ici, je veux parler de l'opinion, assez généralement répandue, que le séjour dans les hauteurs garantit des atteintes de la fièvre jaune.

Les faits de 1869 nous démontrent que cette immunité n'est que relative, et lorsque des Européens non acclimatés se trouvent dans les hauteurs en grand nombre et surtout en agglomérations suffisamment compactes, le typhus amaril peut très-bien s'y développer et y faire des ravages tout comme sur le littoral. En effet, les troupes placées au Morne-Rouge ayant eu maintes relations avec Saint-Pierre et Fort-de-France, se trouvant dans le voisinage d'un établissement de Pères Jésuites, où étaient des malades et des morts de fièvre jaune, furent atteintes à leur tour, et il fallut les disséminer en toute hâte sur d'autres points pour arrêter la recrudescence d'épidémie.

Si nous ne devions pas borner notre étude aux faits observés à la Martinique, nous dirions qu'à la Guadeloupe on a vu dans l'épidémie de 1838-1843, dans celle de 1850-1858 et dans celle de 1869, la fièvre jaune se montrer avec ses caractères épidémiques au camp qui est à environ 570 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Voici un détail intéressant de l'épidémie de 1869 qu'il nous faut garder en mémoire. Lorsqu'on décida l'évacuation du Morne-Rouge sous la pression des accidents de fièvre jaune, les soldats durent faire leur sac en toute hâte et se mettre en marche pour Fort-de-France.

Un soldat d'infanterie de marine du nom de Fritz, et qui était cuisinier de la compagnie, fut dirigé du Morne-Rouge sur les pitons des environs de Fort-de-France, le 30 novembre, avec les autres hommes de sa troupe ; il fut logé dans la propriété Oscar, qui est sur la route de Balata à Fort-de-France, à la hauteur du 8e kilomètre, c'est-à-dire à environ 363 mètres d'altitude, jusqu'au 11 décembre, moment où il monta avec sa compagnie à Balata ; quatre jours après, c'est-à-dire le 15 décembre, il tomba malade de fièvre jaune, il fut porté à l'hôpital le 22 décembre et mourut le 23.

Ce fait était assez extraordinaire pour appeler l'attention, et on fit en effet des recherches minutieuses, d'où il résulta que cet homme était caserné au Morne-Rouge dans un groupe où la

fièvre jaune s'était introduite. Ayant reçu l'ordre de partir sous très-peu de temps, il avait fait, avons-nous dit, son sac à la hâte sans fumiger ses effets et avait suivi sa compagnie comme les autres militaires; arrivé au campement Oscar, il avait été occupé des soins de sa profession et n'avait pas touché à son sac. Il avait atteint ainsi le camp de Balata et ce n'est qu'une fois arrivé dans ce dernier endroit qu'il ouvrit enfin ce sac dont les effets renfermaient le germe morbide depuis le départ du Morne-Rouge.

Il y a là un enseignement pour l'avenir et, en effet, non-seulement il est nécessaire, on le voit, d'éloigner les hommes des foyers d'infection, mais encore il faut leur faire aérer leurs effets en route, de manière à ce qu'ils n'emportent pas avec eux dans le lieu où on les isole, des germes capables de transmettre la maladie.

Nous avons dit qu'un certain nombre de matelots arrivés par la *Cérès* furent placés en subsistance sur l'aviso à vapeur l'*Alecton*, peu de jours après ils présentèrent quelques cas de fièvre jaune, ce qui fit envoyer le navire au Marin, où il eut encore quelques hommes atteints. Nous ne pouvons manquer de regretter ici que les mesures d'isolation que l'on prenait dès le principe pour les soldats, n'aient pas paru utiles pour les marins, et, en effet, n'étaient-ils pas des Européens inacclimatés comme les fantassins, ayant, par conséquent, besoin comme eux d'être éloignés du littoral et surtout des foyers de la maladie ?

Quoi qu'il en soit, les mesures d'isolation, tout incomplètes qu'elles furent, eurent un bon résultat, et l'arrivée de la saison fraîche aidant, l'épidémie s'arrêta à Saint-Pierre comme à Fort-de-France, vers le 15 décembre. Dès le 1er janvier 1870, toute trace de fièvre jaune avait décidément disparu dans l'île. N'avons-nous pas là une preuve frappante de l'efficacité des mesures quarantenaires et d'isolation dans les épidémies de fièvre jaune de la Martinique ? Nous aurons l'occasion de montrer que cette fois où elles ont été mises en pratique même incomplétement, elles ont eu le très-heureux résultat de limiter considérablement la sévérité comme la durée de l'épidémie.

Disons, et sous forme de diggression, qu'en mai 1869 quelques cas de fièvre jaune se manifestèrent chez des coolies indiens. Ce fait constaté déjà et à plusieurs reprises à la Guyane est étranger, à vrai dire, à notre sujet dans ce moment; néanmoins, je le signale en passant pour prouver une fois de plus que les Indiens

et les Chinois ne présentent aucune immunité vis-à-vis du typhus amaril; j'aurai à y revenir lorsque je m'occuperai de savoir si la fièvre jaune épargne ainsi absolument qu'on le croit dans le vulgaire des créoles blancs ou colorés de la Martinique, les individus de telle ou telle race.

Période actuelle d'absence d'épidémie. — A partir du 1er janvier 1870, la fièvre jaune disparut, avons-nous dit, de la Martinique et jusqu'au moment de l'impression de ce livre, (1878,) la colonie a eu le bonheur d'en être exempte, bien que la maladie ait été signalée dans quelques pays voisins à plusieurs reprises. Quelle est la raison de cette heureuse immunité ? c'est peut-être en partie parce que les faits avaient parlé si haut en faveur de l'utilité des mesures sanitaires pour empêcher l'intrusion de la maladie dans l'île, que, depuis 1870, la vigilance la plus louable a guidé ceux qui ont mission de veiller pour la population.

Entre autres preuves que je puis donner de cette vigilance, c'est qu'en 1870, les fumigations furent prescrites pour nombre de navires venus des pays voisins en patente brute de fièvre jaune, mais n'ayant pas eu de malades à bord ; nombre de fois même ils furent mis en quarantaine, et tout navire arrivé d'un pays suspect ne fut mis en libre pratique qu'après qu'on savait qu'il ne présentait aucun danger pour la santé publique.

Un moment on put craindre, dans le courant du second trimestre 1870, que la fièvre jaune ne reparût à l'hôpital de Saint-Pierre, six cas de fièvre inflammatoire très-intense se montrèrent parmi les militaires, et un de fièvre jaune, suivi de mort, y fut même observé. Le gouverneur de la colonie prit aussitôt des mesures d'isolation et fit évacuer les casernes, ce qui arrêta court cette menace de réapparition de la maladie dont nous écrivons l'histoire.

Le 27 octobre 1870, la commission sanitaire centrale prit une décision importante dans une question qui nous occupe, elle déclara que lorsqu'une maladie contagieuse est signalée dans un point d'une des îles des petites Antilles, cette île tout entière doit être considérée comme contaminée et toutes les provenances mises en quarantaine. Nous ne saurions trop applaudir à cette idée, car il ne faut pas oublier un seul instant que les îles des petites Antilles présentent toutes une superficie assez restreinte pour que toutes les localités soient sérieusement menacées dès qu'une affection épidémique se montre dans un point donné, quelque restreint ou isolé qu'il soit.

Pendant les années 1870, 1871, 1872, 1873 et 1874 on reçut un bon nombre de fièvres inflammatoires à l'hôpital de Saint-Pierre ; c'étaient les matelots du commerce qui les fournissaient en grande majorité, d'abord, puis les militaires furent atteints comme les autres.

En août 1871, une de ces fièvres fut assez intense pour prendre le nom de fièvre jaune, elle fut observée chez un capitaine d'infanterie qui guérit, M. Delpour. En septembre, même chose se présenta chez le pharmacien de l'hôpital militaire, et avec un peu de bonne volonté on pourrait en compter deux ou trois chaque année pendant la saison chaude dans les malades de cette localité depuis ce temps. Notons que la dysentérie, bien qu'elle ne fît pas entièrement défaut, a été relativement peu fréquente et bénigne.

A Fort-de-France la constitution médicale était moins accentuée, quoique les cas de fièvre bilieuse fussent assez fréquents, et il semblait que les maladies eussent moins qu'à Saint-Pierre la tendance aux phénomènes ictérodes. Néanmoins, nous trouvons, à la date du 3 janvier 1873, un fait de cette fièvre inflammatoire qui entraîna la mort sur un soldat du nom de Delaunay.

En 1875 la dysentérie sembla reprendre le dessus à Saint-Pierre et la fièvre inflammatoire diminua de fréquence dans cette ville comme à Fort-de-France ; mais dès le commencement de 1876, les affections intestinales cessèrent assez brusquement dans les deux localités et une épidémie de fièvre inflammatoire qui fit maintes fois craindre l'imminence de la fièvre jaune survint, durant jusqu'au moment actuel (1878).

Menace d'épidémie du Ludovic. — La Martinique voyait se dérouler une épidémie intense de fièvre inflammatoire qui avait déjà touché un quart environ de sa garnison quand, le 2 septembre 1876, dans la soirée, un navire du commerce mouillé devant Saint-Pierre envoya à l'hôpital deux matelots atteints de fièvre jaune. Voici le détail des faits :

Le brick du commerce le *Ludovic*, du port de Marseille, arrivé le 26 juillet 1876 à Cayenne, où il prit un chargement de rocou, de bois et 500 peaux de bœuf salées, partit le 22 août de la Guyane pour la Martinique. Pendant son séjour à Cayenne il n'avait eu qu'un homme malade, le cuisinier (un noir du Bambouk Afrique), qu'il envoya à l'hôpital. Ce cuisinier, revenu à bord trois ou quatre jours avant le départ du navire, déserta au moment de l'appareillage.

La veille du jour où le *Ludovic* quitta Cayenne, un des matelots de l'équipage tomba malade; mais pensant qu'il avait seulement un accès de fièvre paludéenne, le capitaine le garda à bord.

Le lendemain du départ de Cayenne, c'est-à-dire le 24 août, un second matelot tomba malade; le navire arriva le 1er septembre sur rade de Saint-Pierre, le capitaine ne signala pas qu'il avait des malades à bord et fut admis à la libre pratique immédiatement.

Le 2 septembre il envoya ses deux matelots à l'hôpital, où on reconnut aussitôt qu'ils étaient atteints de fièvre jaune légère, diagnostic porté par mon savant collaborateur, M. le Dr Langellier-Bellevue, alors médecin principal de la marine, servant à la Martinique depuis plus de vingt ans, et par conséquent ayant une grande habitude de la maladie.

Les deux matelots du *Ludovic* furent placés dans un cabinet isolé en arrivant à l'hôpital et séparés du restant des malades, dès le lendemain matin ils furent réembarqués sur leur navire qui, lui-même, prit aussitôt la route du lazaret de la Pointe-du Bout.

Des mesures de précaution furent prescrites à l'hôpital de Saint-Pierre, à savoir : la désinfection et le lavage de tous les objets ayant servi aux matelots du *Ludovic*, la purification minutieuse du local où ils avaient passé la nuit. De plus, tous les malades européens qui se trouvaient à l'hôpital en ce moment furent conservés en observation pendant quinze jours sans communiquer avec le reste de la population.

Aucun cas de maladie douteuse ou suspecte ne se montra à la suite de cet événement soit dans l'hôpital, soit dans la ville, soit sur rade de Saint-Pierre; quant au *Ludovic* il vint, avons-nous dit, au lazaret. Le Dr Bouvier, médecin de 1re classe, fidèle aux traditions de dévouement des médecins de la marine, réclama l'honneur d'aller au lazaret soigner ses malades atteints de fièvre jaune, il vérifia le diagnostic porté par le Dr Langellier-Bellevue et eut le bonheur de mener ses deux hommes à bonne guérison. Un troisième matelot du *Ludovic* fut atteint, le vingt-troisième jour de la quarantaine, de phénomènes fébriles qui firent craindre la fièvre jaune; mais la maladie s'arrêta à la première période et ne fut par conséquent qu'une atteinte de fièvre inflammatoire intense.

Au bout d'un mois de quarantaine, et après purification, le *Ludovic* put être mis en libre pratique; il ne présenta plus au-

cun cas de maladie suspecte et la menace d'épidémie qu'il avait présentée ainsi le 2 septembre, ne fut suivie d'aucun résultat fâcheux pour la santé publique de la Martinique.

L'année 1877 s'écoula sans encombre, la fièvre inflammatoire était fréquente et souvent sévère, tant à Fort-de-France qu'à Saint-Pierre. En juillet, un ecclésiastique mourait à l'hôpital de Fort-de-France, de fièvre inflammatoire, qu'on eut presque appelée d'un autre nom en temps d'épidémie. En mai, un artilleur avait succombé de la même manière; nombre de créoles ou de créolisés furent atteints des *mauvaises fièvres*, par conséquent on pouvait se croire dans une période assez menaçante, d'autant plus que des chaleurs insolites, des vents de S.-E. et de S. persistants régnaient à un moment où la température aurait dû baisser et les alisés se montrer dans la mer des Antilles.

RÉCAPITULATION

La mémoire se perd facilement dans l'exposé que nous venons de faire et qui a dû être très-long pour contenir tous les détails qui sont venus à notre connaissance, aussi avons-nous besoin de faire un résumé, et le mieux, il me semble, est de présenter une série de tableaux qui fourniront au lecteur des indications plus rapides qu'un sommaire que nous essaierions de lui fournir.

TABLEAU N° 1.

PÉRIODES DE PRÉSENCE ET D'ABSENCE DE LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE.

(On sait que la maladie régnait en 1641, 1648, 1650, 1651, 1652, 1653, 1655 et 1669, mais je n'ai pu avoir des renseignements suffisamment précis.)

1re période d'immunité, 12 ans. — 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681.

1re — épidémique, 26 ans. — 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1697, 1698, 1696, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708.

2e — d'immunité, 11 ans. — 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719.

2e — d'épidémie, 16 ans. — 1720, 1721. 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735.

SUITE DU TABLEAU N° 1.

PÉRIODE DE PRÉSENCE ET D'ABSENCE DE LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE.

3e période d'immunité, 13 ans. — 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748.

3e — d'épidémie, 7 ans. — 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755.

4e — d'immunité, 6 ans. — 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761.

4e — d'épidémie, 12 ans. — 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773.

5e — d'immunité, 17 ans. — 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790.

5e — d'épidémie, 18 ans. — 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808.

6e — d'immunité, 7 ans. — 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815.

6e — d'épidémie, 14 ans. — 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829.

7e — d'immunité, 8 ans. — 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837.

7e — d'épidémie, 7 ans. — 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844.

8e — d'immunité, 6 ans. — 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850.

8e — d'épidémie, 7 ans. — 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857.

9e — d'immunité, 11 ans. — 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868.

9e — d'épidémie. — 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877.

Ce tableau nous montre que la moyenne est : pour les épidémies, 13 ans 5 mois; pour les périodes d'absence de la maladie, 9 ans 1 mois; en d'autres termes, sur 198 années étudiées à ce point de vue il y en a 107 d'épidémie et 91 d'immunité.

Voici maintenant une série de tableaux d'une plus grande précision, portant pour Fort-de-France sur la période de 1802 à 1877, pour Saint-Pierre de 1830 à 1877, périodes pour lesquelles nous avons des renseignements très-précis.

TABLEAU N° 2.

ENTRÉES DE FIÈVRE JAUNE A FORT-DE-FRANCE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1802	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?
1803	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1804	?	?	?	»	»	»	?	?	?	?	?	?	?
1805	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?
1806	?	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	?
1807	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?
1808	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1809	?	?	?	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?
1810	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1811	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1812	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1813	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1814	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1815	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1816	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?	?
1817	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1818	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	483
1819	?	?	?	?	?	»	»	»	»	»	»	»	389
1820	1	1	2	2	1	»	6	5	4	14	6	»	42
1821	4	5	31	69	52	55	41	108	98	78	92	53	686
1822	12	4	32	29	10	17	37	14	98	75	29	25	382
1823	20	18	12	»	»	»	»	»	»	»	»	»	50
1824	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1825	»	»	»	»	2	2	32	162	546	536	164	20	1464
1826	»	»	»	»	»	2	»	32	250	273	220	257	1034
1827	136	77	10	»	2	45	15	68	75	129	97	111	759
1828	55	»	»	»	»	»	»	»	»	30	12	10	107
1829	8	3	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	16
1830	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
1831	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1832	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1833	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1834	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1835	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1836	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1837	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1838	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	12	6	26
1839	3	30	105	160	104	110	115	205	70	111	100	25	1138
1840	60	48	88	60	41	25	80	124	160	87	151	45	969
1841	6	»	»	»	13	53	82	226	281	92	180	125	1058
1842	16	6	5	15	19	8	12	15	18	35	75	35	259
1843	130	110	90	»	»	»	»	20	254	81	122	97	904
1844	80	61	22	»	»	14	42	58	83	60	84	»	504
1845	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1846	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1847	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1848	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1849	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1850	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	2	4
1851	»	»	»	»	»	»	»	»	8	16	61	25	110
1852	25	19	26	67	127	123	173	128	68	73	62	25	916
1853	6	10	16	25	55	40	21	3	»	»	»	»	176
1854	6	9	8	4	»	»	»	»	»	»	»	»	27
1855	»	»	»	»	»	»	»	»	23	85	101	86	295
1856	7	18	70	24	21	30	29	15	17	24	38	57	350
1857	12	13	10	21	40	41	21	10	»	»	2	2	172
1858	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3
1859	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

SUITE DU TABLEAU N° 2.

ENTRÉES DE FIÈVRE JAUNE A FORT-DE-FRANCE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1860	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1861	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1862	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1863	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1864	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1865	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1866	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1867	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
1868	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1869	5	11	37	37	36	23	14	8	1	1	3	9	185
1870	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1871	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1872	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1873	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
1874	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1875	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1876	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1877	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total.	593	444	569	493	524	588	720	1201	2054	1808	1605	1015	11.636

TABLEAU N° 2 *bis*.

MORTS DE FIÈVRE JAUNE A FORT-DE-FRANCE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1802	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?
1803	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1804	?	?	?	»	»	»	?	?	?	?	?	?	?
1805	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?
1806	?	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	?
1807	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1808	?	?	?	»	»	»	»	»	»	»	»	»	?
1809	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1810	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1811	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1812	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1813	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1814	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1815	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1816	»	»	»	»	»	»	»	»	?	?	?	?	?
1817	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1818	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	151
1819	?	?	?	?	»	»	»	»	»	»	»	»	?
1820	1	1	1	»	»	»	»	1	1	3	2	»	10
1821	1	4	6	19	19	16	13	34	30	32	42	20	236
1822	7	»	9	13	3	6	12	8	41	36	12	10	157
1823	4	4	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10
1824	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1825	»	»	»	»	»	3	8	47	146	157	46	5	412
1826	»	»	»	»	»	2	»	9	50	47	37	55	200
1827	32	12	1	8	1	20	7	9	16	29	11	10	156
1828	5	»	»	»	»	»	»	»	»	8	7	4	24
1829	3	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5
1830	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1831	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1832	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1833	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1834	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1835	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1836	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1837	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1838	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	7	2	15
1839	1	10	39	48	19	21	23	45	20	35	26	7	294
1840	5	6	13	7	4	7	16	25	48	16	40	5	192
1841	2	»	»	»	1	4	5	21	46	19	30	29	157
1842	7	4	4	»	»	1	1	»	»	5	8	4	34
1843	13	14	3	»	»	»	»	3	18	21	42	30	144
1844	26	22	8	»	»	6	7	5	10	5	5	»	94
1845	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1846	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1847	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1848	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1849	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1850	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	3
1851	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	11	6	21
1852	4	2	6	7	22	32	54	27	14	31	1	4	204
1853	2	1	3	4	24	16	8	1	»	»	»	»	59
1854	1	2	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6
1855	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8	25	13	48
1856	3	3	7	6	4	1	12	7	5	1	12	6	67
1857	4	4	1	9	17	21	16	2	»	»	1	1	77
1858	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
1859	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

SUITE DU TABLEAU N° 2 *bis*.

MORTS DE FIÈVRE JAUNE A FORT-DE-FRANCE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1860	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1861	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1862	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1863	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1864	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1865	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1866	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1867	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1868	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1869	1	1	11	18	19	11	7	2	8	»	1	3	82
1870	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1871	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1872	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1873	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
1874	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1875	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1876	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1877	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total.	123	92	116	140	134	170	189	246	457	461	365	215	2.708

TABLEAU N° 3.

ENTRÉES DE FIÈVRE JAUNE A SAINT-PIERRE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1830	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
1831	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1832	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1833	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1834	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1835	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1836	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1837	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1838	»	»	»	»	»	»	»	»	27	227	159	75	488
1839	52	42	32	105	127	156	102	36	62	58	28	14	814
1840	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	30	37
1841	6	8	10	13	16	22	29	25	10	86	28	16	269
1842	4	2	»	1	1	»	»	»	»	»	28	161	197
1843	86	12	»	»	»	»	21	14	17	12	92	143	397
1844	30	9	5	7	3	2	1	9	6	»	»	»	72
1845	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1846	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1847	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1848	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1849	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1850	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	»	8
1851	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
1852	»	5	2	1	1	»	22	148	163	64	21	36	466
1853	9	»	»	5	»	2	4	1	»	1	»	»	22
1854	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
1855	1	»	»	»	»	»	»	1	»	5	60	95	162
1856	27	34	13	18	44	41	141	120	92	133	92	87	842
1857	25	46	121	174	100	145	67	9	1	»	»	1	689
1858	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1859	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1860	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1861	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
1862	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1863	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1864	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1865	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1866	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15
1867	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1868	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1869	18	39	26	9	7	5	5	21	28	30	43	14	245
1870	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
1871	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2
1872	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1873	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1874	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1875	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1876	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1877	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total.	259	197	209	333	299	373	392	385	406	624	562	672	4.711

TABLEAU N° 3 *bis*.

MORTS DE FIÈVRE JAUNE A SAINT-PIERRE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
1830	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1831	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
1832	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1833	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1834	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1835	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1836	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1837	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1838	»	»	»	»	»	»	»	»	»	27	27	13	67
1839	3	»	2	23	11	22	12	2	7	1	3	4	90
1840	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	1
1841	3	4	4	2	8	8	8	4	8	8	7	8	72
1842	2	1	2	1	1	»	»	»	»	»	3	28	38
1843	14	5	»	»	»	»	6	3	4	3	20	32	87
1844	7	3	2	2	2	»	»	8	4	»	»	»	28
1845	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1846	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1847	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1848	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1849	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1850	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2
1851	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2
1852	»	3	»	»	»	»	6	38	62	27	8	13	157
1853	4	»	»	3	»	2	1	»	»	1	»	»	9
1854	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1855	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	27	33
1856	2	6	»	3	6	29	51	23	29	33	28	33	233
1857	9	5	21	52	29	54	27	4	»	»	»	»	201
1858	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1859	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1860	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1861	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
1862	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1863	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1864	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1865	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1866	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1867	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1868	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1869	1	8	5	3	»	1	1	3	9	9	15	7	62
1870	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
1871	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1872	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1873	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1874	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1875	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1876	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1877	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total.	46	35	36	89	57	114	112	85	133	112	118	159	1.086

TABLEAU N° 4.

ENTRÉES DANS LES DIVERSES ÉPIDÉMIES.

	Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
Fort-de-France.	1820-24	37	28	77	80	62	72	84	127	200	167	127	78	1160
	1825-29	199	80	15	»	4	49	47	262	871	968	487	398	3380
	1838-44	295	255	310	235	177	210	331	648	866	474	724	333	4858
	1850-58	57	70	130	141	245	234	244	156	116	198	264	197	2053
	1869	5	11	37	37	36	23	14	8	1	1	3	9	188
	Total.	593	444	569	493	524	588	720	1201	2054	1808	1605	1015	11636
St-Pierre.	1838-44	179	73	47	126	147	180	153	84	122	383	341	439	2274
	1850-58	62	85	136	198	145	188	234	280	256	211	178	219	2192
	1869	18	39	26	9	7	5	5	21	28	30	43	14	245
	Total.	259	197	209	333	299	373	392	385	406	624	562	672	4711
Récapitulation	Fort-de-Fr.	593	444	569	493	524	588	720	1210	2054	1808	1605	1015	11636
	St-Pierre.	259	197	209	333	299	373	392	385	406	624	562	672	4711
	Total.	852	641	778	846	823	961	1112	1586	2460	2433	2167	1687	16347
Pour 100*	Fort-de-Fr.	61	46	58	51	54	60	75	125	211	189	196	106	»
	St-Pierre.	66	50	53	84	76	95	99	98	103	158	143	171	»
	Total.	62	47	57	61	60	71	82	117	181	178	159	138	»

TABLEAU N° 4 *bis*.

MORTS DANS LES DIVERSES ÉPIDÉMIES.

Fort-de-France.	1820-24	13	9	18	32	22	22	25	43	72	71	56	30	413
	1825-29	40	14	1	8	1	25	15	65	212	241	101	74	797
	1838-44	54	56	67	55	24	39	52	99	142	107	158	77	930
	1850-58	15	12	19	27	68	73	90	37	23	42	49	31	486
	1869	1	1	11	18	19	11	7	2	8	»	1	3	82
	Total.	123	92	116	140	134	170	189	246	457	461	365	215	2708
St-Pierre.	1838-44	30	13	10	28	22	30	26	17	23	39	60	89	387
	1850-58	15	14	21	58	35	83	85	65	91	64	43	63	637
	1869	1	8	5	3	»	1	1	3	9	9	15	7	62
	Total.	46	35	36	89	57	114	112	85	133	112	118	159	1086
Récapitulation	Fort-de-Fr.	123	92	116	140	134	170	189	246	457	461	365	215	2708
	St-Pierre.	46	35	36	89	57	114	112	85	133	112	118	159	1086
	Total.	169	127	152	229	191	284	301	331	590	573	483	374	3794
Pour 100*	Fort-de-Fr.	35	41	51	62	59	75	84	108	202	203	160	95	»
	St-Pierre.	50	38	38	98	63	126	124	96	147	124	127	176	»
	Total.	35	39	47	72	60	89	94	101	182	180	161	117	»

* Le chiffre normal de chaque mois étant 100.

APPRÉCIATION DES FAITS.

Le lecteur qui a entrepris de parcourir l'exposé historique que nous venons de présenter touchant les diverses apparitions de la fièvre jaune à la Martinique, depuis 1640 jusqu'à nos jours, l'a fait certainement pour savoir à quelle opinion il doit se rallier; c'est-à-dire si cette fièvre jaune s'est développée sur place ou bien a été apportée du dehors quand elle a ravagé la colonie.

Or il est arrivé à ce point actuel de notre travail sans avoir vu se dégager quelque chose de précis — et en effet, tantôt la genèse sur place, tantôt l'importation paraissent devoir être mises en cause, et pas une fois, cependant, la question n'a été tranchée d'une manière définitive. — La raison de cette obscurité tient à bien des choses, et tout d'abord assurément à l'extrême difficulté qu'il y a dans l'élucidation de cette question, toutes choses égales d'ailleurs. — D'autre part, il faut convenir que suivant les époques, c'est-à-dire suivant que telle ou telle théorie a été en faveur en médecine, la balance a penché dans l'esprit de quelques-uns, d'une manière tellement décidée, qu'ils ont négligé de rechercher et de discuter en détail les particularités qui ont accompagné chaque poussée épidémique.

Nous en sommes donc encore réduits aux conjectures, pouvons-nous dire, car nous voyons dans les deux camps opposés des hommes d'une égale autorité, des faits paraissant également probants, de sorte que le mieux, il nous semble, est de ne pas essayer de forcer la signification de ce que nous avons exposé jusqu'ici et de reconnaître tout d'abord que dans l'état actuel de nos connaissances nous ne trouvons dans l'étude historique des apparitions de la fièvre jaune à la Martinique rien qui puisse trancher la question de la genèse spontanée ou de l'importation dela maladie.

Cependant il n'est pas possible de s'arrêter là quand on a entrepris d'étudier cette question, car de son élucidation dépendent des décisions de la plus grande importance, les conséquences de telle affirmation sont trop considérables, tant pour la vie des hommes que pour les intérêts du commerce; aussi ce problème de la naissance spontanée sur place ou de l'importation de la fièvre jaune à la Martinique se pose-t-il avec une insistance telle, chaque jour, qu'il n'est pas possible au méde-

cin, soit de se soustraire à l'obligation d'une réponse, soit de répondre légèrement dans tel ou tel sens.

Dans ces conjonctures il ne nous reste plus, après avoir rappelé que l'on peut trouver dans l'histoire un appui égal en faveur des deux opinions contraires, il ne nous reste plus, dis-je, qu'à chercher dans le raisonnement, les analogies, les probabilités, ce que nous devons penser touchant la genèse sur place ou l'importation — en ajoutant toutefois que, pour une élucidation satisfaisante, il faudrait non-seulement pouvoir parler de la Martinique, mais aussi étudier ce qui s'est passé dans les autres pays si nombreux des Antilles, car ces divers pays se ressemblant beaucoup, il est très-probable que ce qui se passe dans un est observé également dans l'autre.

Arguments fournis par les partisans de la genèse spontanée.

Ceux qui ont pensé que la fièvre jaune peut naître de toutes pièces à la Martinique ont formulé leur opinion de diverses manières qu'on peut résumer ainsi :

A. La fièvre jaune est endémique dans cette île, comme le paludisme, par exemple, l'est dans d'autres pays.

B. On a vu parfois la fièvre jaune naître à la Martinique sans qu'on puisse en incriminer l'importation.

C. Toutes les fois que l'année présente certaines particularités atmosphériques la maladie peut se montrer.

D. La fièvre jaune ne s'est jamais déclarée sous forme épidémique à un moment où la santé publique était bonne; elle a toujours été précédée d'une aggravation successive des maladies et particulièrement de la fièvre dite inflammatoire qu'on a considérée, à bon droit, comme la forme atténuée, bénigne, incomplète du typhus amaril.

E. Toutes les fois qu'un certain nombre d'Européens inacclimatés arrivent à la Martinique il y a naissance de la fièvre jaune.

A. *La fièvre jaune est-elle endémique à la Martinique?*

La première chose à faire pour l'étude de cette question est de jeter les yeux sur les tableaux que nous avons fournis précédemment, ils nous montrent que la maladie disparaît à certains moments, et reste cinq, dix, quinze, vingt ans sans se montrer.

Que chaque épidémie est constituée par des sortes de bouffées

plus ou moins longues, séparées l'une de l'autre par un temps variable, de telle sorte qu'on pourrait très-bien appliquer aux épidémies les expressions de continue, rémittente, intermittente, si on ne craignait d'obscurcir le débat par l'emploi de ces mots trop souvent mis en avant dans d'autres discussions et pouvant par cela même se prêter peut-être à des interprétations erronées.

On peut dire que dans chaque épidémie il y a, en même temps, une assez grande régularité et une assez grande diversité dans les allures de la maladie, deux choses qui paraissent très-contradictoires ; expliquons-nous donc à leur sujet : Il y a régularité en ce sens qu'on voit des séries d'années d'épidémie succéder à des séries d'années où la maladie n'existe pas. — Il y a diversité en cela que c'est tantôt au commencement de l'année, tantôt au milieu, tantôt à la fin qu'on voit débuter les poussées épidémiques ou se montrer ces cas isolés qu'on a appelés sporadiques.

Or, tout d'abord, nous voyons que la fièvre jaune n'est pas à la Martinique comme la fièvre paludéenne, par exemple, est dans les autres pays, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en permanence pendant tout le temps, d'une part. — D'autre part, que dans les années où elle se montre elle ne surgit pas régulièrement à tel ou tel mois, comme on le voit pour la fièvre intermittente, dans tant de pays du monde : la campagne de Rome, l'Algérie, le Sénégal en particulier. Non, il y a pour elle des périodes d'activité qui ne sont pas en rapport avec les divers mois de l'année, avec chaque année même — et des périodes de repos qui durent de leur côté un temps plus ou moins long et qui sont très-variables de l'une à l'autre.

Donc, si nous nous faisons de l'endémicité, l'idée qu'on s'en fait en songeant à la fièvre intermittente, c'est-à-dire que si pour être endémique il faut qu'une maladie se montre tous les ans et plus, à telle saison qu'à telle autre, nous pouvons dire que la fièvre jaune n'est pas endémique à la Martinique. Si au contraire nous donnons une autre acception au mot endémique la réponse peut changer.

Nous arrivons donc par l'examen des tableaux précédents à la pensée qu'il y a des périodes d'activité et des périodes de repos de la fièvre jaune à la Martinique. Cette idée dont on trouve le germe dans les écrits du siècle dernier déjà et qui a été développée par Lefort, Luzeau, Câtel, etc., etc., a besoin pour être dégagée des obscurités qui l'enveloppent encore ; dès à présent

elle doit être signalée avec l'importance qu'elle mérite. Je dirai, pour ma part, que je m'y rallie entièrement.

B. *On a vu parfois la fièvre jaune naître à la Martinique sans qu'on pût incriminer l'importation.*

Dans l'historique que nous avons présenté précédemment nous avons vu quelques détails intéressants dans cet ordre d'idées, ainsi par exemple Câtel, en 1838, crut très-positivement que l'épidémie ne devait pas être mise sur le compte de l'importation. Ballot, pour 1851, Gaston, pour 1869, ont admis aussi la genèse spontanée; disons incidemment que MM. Griffon du Bellay et Batby-Berquin ont formulé la même opinion pour la Guadeloupe (1869). En revanche d'autres, avec Dutrouleau, ont cru à l'importation dans tous les cas.

Quelle conclusion tirer de ces diverses affirmations? — Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit déjà : la preuve absolue n'existe pas pour appuyer l'une ou l'autre des deux opinions antagonistes, et bien que nous soyons très-disposé à partager la croyance de Câtel, Ballot, Gaston, etc. etc., il n'en est pas moins vrai que nous pensons qu'on ne peut répondre ni oui ni non à la question actuellement posée.

C. *Toutes les fois que l'année présente certaines particularités atmosphériques déterminées, la maladie peut-elle se montrer?*

Cette troisième opinion a été soutenue par des hommes d'une grande valeur. Je ne saurais dire quand elle a été formulée pour la première fois, mais je sais que Lefort, Luzeau partageaient cette manière de voir de 1818 à 1830. Câtel était entièrement converti à ces idées et il a formulé même la théorie d'une manière tellement précise et si explicite qu'il se l'est appropriée pour ainsi dire. Voici d'ailleurs le détail de sa manière de voir. Câtel croyait que grande est l'influence de la température et surtout de l'état de l'atmosphère, particulièrement de la direction du vent sur la marche de la maladie tant sur un individu en particulier que sur les masses mêmes c'est-à-dire tant sur l'affection considérée comme maladie personnelle que comme épidémie.

Il considérait cet état de l'atmosphère comme la cause primordiale et capitale dans la genèse et les allures du typhus amaril. Son opinion est peut-être un peu trop exclusive, mais il n'en faut pas moins tenir grand compte, car ainsi que nous le

verrons ultérieurement, j'espère, si ces conditions atmosphériques ne sont pas tout, elles sont un élément aussi puissant peut-être que la contagion et que la réceptivité des individus pour ce qui est de l'éclosion des épidémies et de leur prolongation ou de leur disparition.

Câtel n'hésita pas à écrire (*Annales Maritimes* t. LXXIII, 1840, p. 45) que l'état de l'atmosphère pendant l'hivernage de 1838 fut la cause de l'explosion de l'épidémie et il dit que cet hivernage fut exceptionnel sous le rapport 1° d'une plus grande quantité de la chaleur et de l'humidité. 2° Par la fréquence des vents de S. S. O. faibles, chauds et humides. 3° Par des orages plus fréquents, plus forts, plus souvent accompagnés de détonations de la foudre. 4° Par l'absence des rafales, des bourrasques et des coups de vent.

Sous l'influence de ces causes, dit-il, les entrées à l'hôpital commencèrent à augmenter vers le mois de juin, les atteintes prirent peu à peu l'aspect de la Gastro-céphalite (*ce que les médecins des Antilles appellent aujourd'hui la fièvre inflammatoire, fièvre inflammatoire bilieuse, fièvre climatique, d'acclimatement, etc. etc.*)

Cette Gastro-céphalite prit de plus en plus d'intensité, si bien qu'en septembre il était déjà bien difficile de la distinguer de la fièvre jaune légère; en octobre les vomissements noirs, la suppression des urines, la mort se manifestant par le fait de l'exagération des symptômes, la maladie put recevoir son véritable et redoutable nom.

Câtel dans son rapport pour le 1er trimestre 1840 allait plus loin, car il disait : La maladie n'apparaît avec le caractère épidémique que sous l'action des vents dépendants du sud, il en donnait pour preuve qu'en janvier 1840, il n'y avait eu que quatre jours de ces vents et la fièvre jaune qui avait persisté jusqu'en décembre avait presque entièrement cessé ; en février il y avait plus de 15 jours de ces vents et on constata une recrudescence de l'épidémie qui continuait en mars sous la même influence.

Câtel donna dans son rapport du 4e trimestre 1842 et dans le rapport de l'année 1844 deux tableaux très-intéressants et que voici retracés en un seul touchant les relations qu'il croyait avoir entrevues entre les vents du sud et le typhus Amaril.

1835	35 fois vents de la partie sud.		Pas de fièvre jaune.
1836	106	— —	
1837	92	— —	

1838	138 fois vents de la partie sud.			Fièvre jaune (1er octobre 1838 au 30 septembre 1839), il y a eu 203 fois des vents de la partie sud.
1839	138	—	—	
1840	213	—	—	
1841	191	—	—	
1842	211	—	—	
1843	212	—	—	
1844	179	—	—	
1345	95	—	—	Pas de fièvre jaune.

La chose pouvait, on le voit, paraître assez probante à Câtel et elle est assez importante pour que nous ayons la curiosité de rechercher si dans l'épidémie de 1850 à 1858 et dans celle de 1869 les mêmes faits se sont présentés.

Eh bien ! nous trouvons dans le rapport annuel de 1850 que l'année fut sèche et chaude, que pendant l'hivernage le thermomètre monta jusqu'au 34°, chose insolite dans la colonie, mais que les vents de la partie du sud furent de peu de durée en général ; des cas de fièvre jaune furent observés dans l'île, apportés du dehors d'après quelques observateurs et la maladie ne fut pas épidémique. L'année 1851 commence comme d'habitude, c'est-à-dire que les vents de nord ont une grande prédominance, on ne voit pas la maladie. Mais dans le courant du troisième trimestre 1851 les vents du sud furent plus fréquents et plus persistants que de coutume, nous dit le rapport du médecin en chef, les maladies prirent peu à peu un cachet de sévérité et d'insidiosité qui était de mauvais augure et enfin la fièvre jaune se montra. La maladie se déclara à la fin d'août, dura intense jusqu'à la fin de l'année, pendant tout ce temps la température fut relativement élevée et les vents de la partie du sud avaient une très-fâcheuse prédominance.

En janvier 1852, le temps était relativement frais, le vent ne souffla pas du sud, mais en février les vents soufflèrent huit jours de la partie du sud, en mars on en compta six jours. Pendant tout ce trimestre la fièvre jaune se maintint à des chiffres peu élevés mais cependant elle persistait à frapper çà et là quelques individus, indiquant ainsi son existence et l'imminence d'une épidémie. Au mois d'avril sous l'influence d'une sécheresse très-grande, d'une chaleur intense, de la fréquence et de la persistance des vents de la partie du sud, la maladie prit de nouveau une grande extension. En juillet le rapport du médecin chef signale une grande sécheresse, une température élevée et vingt jours de vent de sud, en août vingt jours de cette brise, puis en septembre la proportion de chaleur, de sécheresse et de

vent de sud diminue après un violent orage venu de la partie de l'ouest. Il est remarquable de voir que les chiffres d'atteintes qui s'étaient tenus fort élevés en avril, mai, juin, juillet et août baissent très-notablement en septembre aussitôt après cette modification de l'état de l'atmosphère.

La fin de l'année 1852, le commencement de l'année 1853 furent frais et pluvieux; la brise persistante était du côté du N. au N.-E. et la fièvre jaune ne se montrait que par quelques atteintes. En avril, mai et juin, la chaleur s'élève, les vents de la maladie du sud sont signalés comme habituels dans le milieu du jour, le chiffre des atteintes monte de nouveau, puis en juillet la situation atmosphérique change, les brises du nord reparaissent et la fièvre jaune disparaît entièrement.

Nous trouvons dans le rapport du 3e trimestre 1853 fait par Amic, un passage fort remarquable et que nous livrons aux réflexions de ceux que la question de l'influence des vents de sud sur la fièvre jaune peut intéresser.

« Le milieu de l'année 1852 nous avait offert dans des conditions climatériques les différences les plus grandes avec celles que nous sommes habitués à observer dans un pays où le cours des saisons suit ordinairement une marche des plus régulières ; aussi n'avions-nous pas un instant hésité dès lors à attribuer aux perturbations de la nature hygrométrique et électrique de l'atmosphère le développement de l'épidémie qui venait de se faire observer à la Martinique. »

« Nous avons aujourd'hui la satisfaction de reconnaître de la manière la plus évidente, qu'il n'y avait pas seulement entre ces perturbations atmosphériques que nous venons de signaler, et le développement et la propagation de la fièvre jaune, un simple rapport de coïncidence, mais bien une relation palpable de cause à effet. »

« En 1853 les phénomènes climatériques s'étant succédé avec l'ordre et le caractère qu'ils affectent dans les années normales, nous avons vu également, par un heureux retour aux conditions normales et à la constitution médicale du pays, disparaître la fièvre jaune et reparaître à sa place les affections ordinairement bénignes que le puissant vent déplace, dénature ou absorbe pendant tout le cours de ses ravages.

« Pendant le mois de juillet les pluies ont été abondantes et la chaleur pendant quelques jours assez vive, mais l'ensemble a été bien différent du même mois de 1852, où l'ardeur d'un soleil brûlant n'était rafraîchie que pendant les orages, les vents dominants ont soufflé du N.-E. au N.-O. tandis que l'année dernière ils ne quittèrent guère le S.-O. »

Le mois d'aoû fut relativement assez frais mais très-pluvieux, les vents n'y ont régné que très-rarement du S. ou du

S.-S.-O.; la brise se tint presque constamment au N., N. N.-E., à l'E; il n'y eut que trois atteintes et un décès de fièvre jaune.

La température du mois de septembre fut sensiblement celle du mois d'août..; les brises en général assez faibles, furent aussi très-variables, mais leur direction suivit le courant des vents alisés, bien que, pendant plusieurs jours, on observât durant quelques heures de la journée seulement des vents de S. ou de S.-O; l'état sanitaire fut bon.

Dans le courant du 4e trimestre 1853 les vents habituels sont de l'E. au N.-E., ceux du S. ne soufflent que pendant trois jours en novembre et pas un seul cas de typhus amaril n'est constaté, mais en décembre la chaleur est remarquablement élevée, dit le médecin en chef; les vents qui habituellement soufflent du N. et du N.-E. à ce moment, soufflent pendant quatorze jours consécutifs de la direction du Sud et voilà que la fièvre jaune reparaît.

Pendant le premier trimestre de 1854 nous ne savons pas ce qui se passait à Fort-de-France, le rapport de cette époque ayant été perdu; mais nous savons qu'il y eut vingt-une atteintes du fléau. D'après ce que l'on nous dit la température était fraîche à cette époque, les vents du Sud étaient rares quoiqu'ils apparussent quelques fois.

En avril, les vents d'E. et de N.-E. sont signalés de nouveau comme habituels, et l'épidémie s'arrête d'une manière définitive.

Pendant le troisième trimestre de 1854, les vents soufflent de la partie du N. constamment dans les deux premiers mois, et on ne voit aucun cas de fièvre jaune; ils descendent quelquefois en septembre, octobre et novembre vers le Sud, pendant certains jours, et on observe aussitôt des phénomènes typhoïdes. Au mois de décembre la chaleur fut extrême, la brise se tint pendant quelques jours à l'Ouest et la fièvre jaune signala sa présence par trois atteintes à Fort-de-France.

Dans le mois de janvier 1855, le vent fut constant du côté du N. et du N.-E. soufflant souvent en grande brise; pas de fièvre jaune. Même chose en février et mars, mais les vents de la partie du Sud sont signalés vers la fin de juin; ils continuèrent à se montrer de plus en plus en juillet, août et septembre et voilà de nouveau la maladie annoncée en septembre sous forme d'épidémie.

En octobre, en novembre, en décembre 1855, en janvier, février et mars et jusqu'en octobre 1856, les vents de Sud sont

indiqués comme persistants, la maladie persiste et souvent prend une grande extension.

A la fin de l'année 1856, les vents passèrent au N.; mais cette fois ils ne parurent pas, dit le médecin en chef, avoir une influence sur la constitution médicale, la fièvre jaune persista à frapper énergiquement sur les inacclimatés, nous voyons là pour la première fois une anomalie dans la théorie de Câtel.

Pendant le premier trimestre de 1857, la température fut froide et les vents habituels vinrent de la partie du Nord; le typhus amaril, quoique persistant, touchait moins d'individus et surtout était moins sévère. Pendant le second trimestre ces vents de Sud furent plus fréquents, et la maladie augmenta de fréquence et de gravité. Pendant le 3e trimestre ces vents soufflant du Sud le jour, remontaient vers le N. dans la soirée et la nuit, aussi la maladie ne fut ni fréquente ni très-grave, elle cessa à peu près dès le mois d'août. Enfin les vents de N.-E. et la fraîcheur arrivent dès le mois d'octobre, la santé publique ne fut plus compromise par le typhus amaril.

Dans le premier trimestre 1858, les vents furent de la direction du N. et du N.-E., la température froide et on ne parla plus de la maladie.

Pour ce qui est de la dernière épidémie (1869), nous voyons que les vents de Sud sont indiqués dans le 4e trimestre de 1868, et le rapport du 1er trimestre 1869 commence par ces mots : « La météorologie de ce trimestre a été remarquable par une température relativement élevée pour cette saison; par une grande sécheresse et par la persistance extraordinaire des vents de Sud. »

Le rapport du 2e trimestre constate la persistance insolite des vents du S.-E. au S. Dans le 3e trimestre ils ne sont plus signalés, la brise passait du N. à l'E., et *vice-versa* chaque jour.

Nous ne trouvons rien d'indiqué pour la direction du vent dans le 4e trimestre et dans le premier trimestre de 1870, mais des témoins oculaires nous disent que les vents alisés avaient repris leur prédominance et leur intensité habituelles.

Certes, en ne consultant que cette énumération, il semble bien prouvé que les vents de la partie du Sud ont une influence très-marquée sur la production, ou au moins sur la marche de la fièvre jaune; et on comprendra qu'à mesure que j'avançais dans mes investigations, j'ai dû être très-frappé de ces relations entre les vents du Sud et la fièvre jaune. Mais de peur de me laisser aller à une crédulité abusée par la simple coïncidence de phénomènes

indépendants l'un de l'autre, j'ai voulu faire une contre-épreuve et conséquemment je me suis demandé si, dans les années où la fièvre jaune n'avait pas régné, la brise de la partie du Sud n'avait pas été observée aussi fréquemment que pendant les périodes épidémiques.

Le résultat de mon investigation a été que les brises de la partie du Sud sont fréquentes pendant tous les hivernages, il est vrai, mais ne présentent une intensité et surtout une persistance très-remarquables que dans les années d'épidémie, tandis que dans les autres, au contraire, elles sont signalées comme moins fréquentes et moins prolongées. L'observation des faits dont j'ai été témoin pendant mon séjour à la Martinique, corrobore cette opinion, de sorte que je suis porté à me rallier à l'idée qu'il y a une corrélation assez étroite entre ces deux termes signalés par Câtel, sans pouvoir cependant être aussi affirmatif et préciser les choses autant qu'il l'a fait, parce que je n'ai pas l'expérience et la longue observation de mon éminent prédécesseur.

Pour savoir à quoi s'en tenir d'une manière positive, il faudrait que des observations météorologiques complètes fussent faites pendant un certain nombre d'années. On arriverait peut-être par ce moyen non-seulement à déterminer l'influence où la relation qu'il y a entre la persistance des vents de Sud et les apparitions de la fièvre jaune, mais encore peut-être la loi de ces apparitions et des diverses oscillations de la maladie.

En tout état de cause, cependant, nous pouvons dire dès aujourd'hui que l'influence atmosphérique paraît entrer, pour une part considérable, dans les manifestations isolées ou épidémiques de la maladie, et on ne saurait trop recommander aux observateurs futurs de porter leurs investigations de ce côté.

Signalons en passant que les influences atmosphériques et particulièrement la persistance et l'intensité des vents de Sud, m'ont paru avoir une action très-directe sur la production et l'intensité de la fièvre dite inflammatoire ou bilieuse; inflammatoire aux Antilles, affection que je considère après l'avoir étudiée avec grand soin, comme étant aux petites Antilles le pendant de ce qu'est la véritable fièvre jaune aux grandes Antilles. Et comme depuis Câtel, et très-probablement depuis un temps plus reculé encore, cette fièvre inflammatoire est regardée par les médecins qui ont exercé à la Martinique comme de même nature intime que la fièvre jaune, il est rationnel de penser que l'action des agents atmosphériques exerce également sur la

fièvre amarile par une déduction logique touchant laquelle il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup.

D. *La fièvre jaune ne s'est jamais déclarée sous forme épidémique à la Martinique à un moment où la santé publique ne laissait rien à désirer.*

Un fait qui frappe quand on étudie l'origine des épidémies de 1838, 1851, 1869, c'est que chaque fois l'état sanitaire de l'île laissait à désirer depuis plus ou moins longtemps, au moment où la fièvre jaune a éclaté, soit sous forme d'atteintes sporadiques, soit sous celle de véritable épidémie, c'est-à-dire avec ses caractères de transmissibilité d'homme à homme; dans aucun cas on n'a vu l'apport d'un malade, ou même l'arrivée d'un navire contaminé, provoquer l'explosion de la fièvre jaune à une époque où la santé publique ne laissait pas à désirer. Nous nous rangeons donc entièrement du côté de cette opinion.

E. *Toutes les agglomérations d'Européens inacclimatés; par exemple l'arrivée d'un contingent de troupes ou d'une escadre dans la mauvaise saison peut-elle faire naître une épidémie de fièvre jaune à la Martinique.*

On a cru pendant longtemps qu'il suffisait de l'arrivée d'un certain nombre d'Européens dans la colonie à une époque déterminée, l'hivernage en particulier, pour que la fièvre jaune se montrât aussitôt. On se basait pour cela sur le terrible exemple de 1802; mais il faut convenir que l'on peut opposer à cette opinion des faits nombreux et parfaitement probants, montrant absolument tout le contraire.

Nous avons même actuellement des preuves évidentes du contraire, assez nombreuses pour juger définitivement la question. En effet, si on peut avancer que l'expédition anglaise contre Porto-Bello, en 1726; que celle de la même nation contre Carthagène (*Nouvelle Grenade*) en 1741 ; que celle des Anglais contre la Martinique en 1762; que celle des Français contre Saint-Domingue en 1802; que la prise de possession de la Martinique à la même époque; que l'expédition du Mexique en 1861, produisirent l'explosion d'épidémies cruelles. En revanche nous pouvons opposer que l'escadre anglaise qui alla à Porto-Bello en 1730, quatre ans après la terrible épidémie qui avait chassé celle qui l'avait précédée; que l'expédition anglaise contre la Martinique en 1809; que l'expédition de la même nation contre

Carthagène (*Nouvelle-Grenade*) en 1815, n'ont été molestées par aucune atteinte de typhus amaril.

Une des preuves qu'on peut donner pour soutenir l'idée qu'il ne suffit pas de l'arrivée d'un groupe d'hommes inacclimatés, bien portants ou malades, pour faire apparaître la fièvre jaune, c'est, par exemple, qu'en février et mars 1841 de nombreux navires de guerre arrivèrent à Fort-de-France, venant d'Europe et de la Plata, apportant pour la plupart des troupes, quelques-uns ayant soit la variole, soit le typhus à bord, c'est-à-dire se trouvant dans les meilleures conditions pour faire éclore la maladie. La fièvre jaune qui avait cessé depuis un mois environ ne se montra cependant pas et ce n'est qu'en avril, bien après le départ de ces navires, qu'elle parut de nouveau.

Mais le fait le plus frappant est celui de l'expédition française contre le Mexique de 1861 à 1865. Cette expédition a montré des détails que nous connaissons d'autant mieux, qu'ils sont très-rapprochés de nous encore, et ces détails nous démontrent péremptoirement que des agglomérations d'Européens peuvent se faire impunément dans un pays des Antilles, même alors que la fièvre jaune sévit dans les environs. Et en effet, de 1861 à 1865, plusieurs milliers de soldats passent à Fort-de-France allant où revenant de la Vera-Cruz; ces hommes, excités par une longue traversée sur mer, une alimentation échauffante, la contention génésique, l'encombrement du navire, arrivaient dans un pays qu'on trouve toujours superbe, qu'ils considéraient comme admirable et dans lequel le tafia, les femmes ne coûtaient presque rien; ils se jetèrent dans l'ivresse alcoolique et la débauche avec une sorte de rage, de frénésie qui est allée jusqu'à de sanglantes collisions; ils s'exposaient au soleil ardent, à la pluie, à jeun ou pendant le sommeil alcoolique sans aucune précaution, et cependant pas un seul cas de fièvre jaune ne se montra parmi eux à la Martinique pendant ce long laps de temps. Écoutons ce que dit le docteur Cornillac à ce sujet dans son excellent livre que je me plais à citer, parce que j'ai trouvé dans son contenu de précieux matériaux accumulés pour l'histoire de la fièvre jaune (p. 240).

« Ainsi du 9 décembre 1861 au 5 juin 1862, il a passé à la Martinique 19 bâtiments de l'Etat dont 8 transports et un vaisseau; ces bâtiments montés par 3,298 hommes d'équipage déposèrent à Fort-de-France 3,761 passagers; ils étaient en outre chargés de chevaux et de mulets au nombre de 840. Chacun des bâtiments, les transports surtout, séjournèrent 8 a 10 jours à Fort-de-France, débarquèrent les troupes qui furent réparties

dans les forts ou dressèrent leurs tentes sur la savane. Ces hommes dans ce dernier cas, placés dans les plus mauvaises conditions, campant quelque fois à la pluie sur un terrain humide au soleil, courant les cabarets, s'enivrant, ne présentèrent que des blessures provenant de rixes, quelques affections résultant de l'encombrement pendant la traversée, et pas un seul cas de fièvre jaune.

Pendant l'hivernage de 1862, c'est-à-dire pendant la saison réputée aux Antilles la plus insalubre, qui s'étend de la mi-juillet à la mi-octobre, il a mouillé dans le carénage de Fort-de-France, 40 bâtiments de guerre portant 23,447 passagers et montés par 11,799 marins. Parmi ces bâtiments se trouvaient 14 vaisseaux et onze transports; ils débarquèrent sur la savane et dans les forts tous ces militaires et les 3,257 chevaux qu'ils menaient avec eux; leur séjour fut comme pour les premiers de 8 à 10 jours au moins, si ce n'est plus; les mêmes écarts d'hygiène furent observés, les conditions d'insalubrité à l'endroit du campement sur un sol détrempé la nuit par les pluies, et torréfié dans la journée par les ardeurs du soleil de ces climats furent les mêmes, pas un seul cas de fièvre jaune ne se montra. Pourtant l'encombrement à bord avait eu des résultats plus fâcheux et avait produit des affections typhoïdes parmi les soldats de cette expédition. Il en fut de même de l'hivernage de 1863 et des saisons qui le précédèrent. Pendant leur durée, de nombreux bâtiments chargés de soldats et de chevaux séjournèrent à la Martinique; plus tard, d'autres y passèrent encore et la fièvre jaune ne parut que lorsque l'heure qui devait commencer sa dernière période d'épidémie eut sonné » (Cornillac, *p.* 241).

Remarquons, avant d'aller plus loin, que cette opinion de l'apparition fatale d'une épidémie comme conséquence de l'arrivée d'un certain nombre d'Européens inacclimatés, ne paraît pas rigoureusement logique à ceux qui ont étudié sur les lieux les allures du climat Antillien sous le rapport de la pathologie. En effet pour qu'on fût autorisé à penser, toutes choses égales d'ailleurs, que la fièvre jaune se montre, ou peut se montrer à l'état d'épidémie par le fait seul de l'arrivée d'un certain nombre d'Européens, il faudrait, peut-on-dire de prime abord, que l'arrivée d'un Européen isolé dans le pays l'exposât à présenter les phénomènes de la fièvre jaune ou au moins de la fièvre inflammatoire. Or, il n'en est pas ainsi, les cas de thyphus ictérode à l'état sporadique sont rares d'une manière absolue; à certains moments même ils le sont d'une manière telle que beaucoup de médecins les ont niés et il se passe même parfois une ou deux années, sans que les milliers d'Européens qui arrivent aux Antilles présentent, quelle que soit la saison de leur débarquement, la fièvre inflammatoire qui est la forme la plus atténuée et la plus bénigne de la maladie.

Nous n'avons donc pas besoin d'insister plus longtemps là-dessus et la question est jugée de la manière la plus catégorique : Non, il ne suffit pas de l'arrivée d'un plus ou moins grand nombre d'Européens inacclimatés pour faire naître une épidémie de fièvre jaune à la Martinique.

Des cinq arguments sur lesquels se basent les partisans de la génération sur place de la fièvre jaune le dernier est donc inacceptable : l'arrivée des Européens inacclimatés n'engendre pas fatalement une épidémie de fièvre jaune. Le premier : l'endémicité de la fièvre jaune à la Martinique a besoin d'explications, c'est-à-dire que, si on veut persister à dire que la maladie y est endémique, il faut faire cette restriction que des années se passent sans qu'on l'y observe et que le moment de l'année où elle se montre varie d'une poussée épidémique à une autre. Le second : la maladie s'est montrée parfois sans qu'on ait pu incriminer l'importation, ne peut être jugé par des faits positifs dans un sens ou dans l'autre jusqu'ici.

Mais les deux qui restent, à savoir : La maladie ne se montre que lorsque l'année présente certaines particularités atmosphériques. Une épidémie ne s'est jamais déclarée tout à coup au moment où la santé publique ne laissait rien à désirer sont parfaitement acceptables et me semblent être rigoureusement exacts.

2° *Arguments fournis par les partisans de l'importation de la maladie.*

Les médecins qui ont adopté l'idée de l'importation de la fièvre jaune à la Martinique ont basé leur opinion sur diverses considérations, ainsi les uns ont dit :

A. Que jamais la fièvre jaune n'a été observée à la Martinique avant d'avoir été signalée dans les îles voisines.

B. Que toutes les fois que la fièvre jaune s'est déclarée dans l'île on peut découvrir qu'il y a eu des communications suspectes avec les pays contaminés.

C. Que dans certaines circonstances assez nombreuses l'apport de la maladie d'une localité dans une autre a été assez évident pour qu'on puisse admettre que c'est la manière unique du développement des épidémies de typhus amaril qui ont régné à la Martinique.

D. Que les faits de fièvre jaune sporadique que l'on a observés assez fréquemment ont été stériles sous le rapport épidémique.

A. *La fièvre jaune n'a été observée à la Martinique qu'après qu'elle avait été signalée depuis un certain temps dans un pays voisin.*

Cette assertion est incontestablement vraie et, soit dans le 17e, soit dans le 18e siècle, soit dans celui-ci, on ne connaît pas de cas où la fièvre jaune ait semblé partir de la Martinique pour s'irradier dans les autres îles voisines ; toujours elle avait paru au préalable soit au nord, soit au sud avant de se manifester dans l'île.

Nous n'avons pas de renseignements assez précis sur les faits antérieurs à 1690 pour faire intervenir cette période dans notre discussion, mais en 1690 on put saisir la voie suivie par l'épidémie : Le vaisseau l'*Oriflamme* l'apporta du Brésil, où il l'avait gagnée, dans la baie du carénage, et là, la communiqua aux Européens présents en ce moment à la Martinique. Rappelons à titre de renseignement qu'à partir de 1709, précisément au moment où on établit des mesures sanitaires qui avaient évidemment pour résultat de rendre la propagation de la maladie moins facile d'un pays à un autre, elle épargne la Martinique pendant une période de vingt ou de trente ans, et qu'en 1762 peu de temps après la prise de l'île par les Anglais, c'est-à-dire à un moment où les mesures d'isolation quarantenaire étaient mises de côté, elle y reparaît avec sévérité.

En 1793, lorsque la maladie frappa de nouveau l'île, elle sévissait depuis trois ans au moins dans les environs, et on pouvait suivre sa marche envahissante d'un point à un autre d'une manière facile. Dariste nous dit que, depuis avril, elle régnait en 1816 à la Guadeloupe, quand elle débuta en août à Saint-Pierre par un individu qui venait de cette colonie.

En 1838, quand la Martinique fut visitée de nouveau par le typhus amaril, elle n'était atteinte qu'après la Dominique, la Guyane anglaise, la Guadeloupe. Cette fois on la vit se propager dans toutes les Antilles anglaises avant de venir dans nos possessions, ce qui est un indice de plus en faveur de l'importation de la maladie que ses partisans nous opposent, car ils nous font remarquer que les communications entre les îles dépendant de la même nation étant plus fréquentes et plus suivies qu'entre celles qui appartiennent à des nations différentes, il est logique que la maladie frappe de préférence et d'abord les diverses îles d'un même gouvernement avant de passer aux autres.

En 1851 et en 1869, ce fut encore la même chose, la fièvre jaune

était signalée dans les pays voisins avant d'arriver à la Martinique.

Donc, quelles que soient les conséquences qu'on en tire, il faut admettre comme exacte cette opinion que : toutes les fois que la Martinique a été envahie par la fièvre jaune, elle l'a été après un certain nombre de pays voisins, Brésil, Guyane, grandes ou petites Antilles. Jamais cette fièvre jaune n'a paru naître à la Martinique à une époque où elle n'était pas signalée dans d'autres lieux pour se répandre, de son point d'origine, à d'autres localités.

Répétons qu'une particularité frappante dans l'histoire du début des épidémies de fièvre jaune à la Martinique, c'est que les relations commerciales ont paru avoir une efficacité bien autrement grande que la proximité géographique d'un pays à l'autre pour la genèse des epidémies, et en effet, nous voyons par exemple la fièvre jaune, qui était en avril 1838 à la Havane, se montrer dès le mois de mai à la Dominique, c'est-à-dire dans une île placée à moitié route de la Martinique à la Guadeloupe, et envahir en quelques semaines toutes les possessions anglaises des petites Antilles, tandis qu'elle respectait les possessions françaises jusqu'en juillet (Guadeloupe) et septembre (Martinique).

En 1851, en 1869, même chose s'observe, disons même qu'en 1862, on constata l'existence d'épidémies dans les diverses possessions anglaises, hollandaises, espagnoles ou danoises, sans que les possessions françaises fussent contaminées. Si nous recherchons à ce sujet de quelle manière le service sanitaire était fait dans chacun de ces divers pays, nous voyons que la quarantaine était facilement décidée à la Martinique et à la Guadeloupe, tandis qu'elle était très-rarement, à peu près même jamais, mise en action dans les autres pays.

Nous devons donc reconnaître que deux faits incontestables existent dans l'ordre d'idées que nous étudions ; 1° la maladie a toujours été signalée dans un pays voisin avant d'arriver dans l'île ; 2° les relations commerciales, plus que la position géographique relative de deux pays, ont eu une influence sur l'apparition des épidémies. On ne peut nier que voilà deux puissants arguments en faveur de l'idée de l'importation, de sorte même, dirons nous, que dans le cas où ou pourrait démontrer un jour la genèse spontanée de la fièvre jaune à la Martinique, on ne pourrait soutenir qu'elle n'y a jamais été importée.

B et C. *Toutes les fois que la fièvre jaune s'est déclarée dans l'île, on peut découvrir qu'il y a eu des communications suspectes avec les pays contaminés. Transmission d'un point à un autre dans l'île.*

Cet argument est la conséquence, peut-on dire, du précédent, car dès le moment qu'on admet que la fièvre jaune existait à l'état épidémique dans une localité habituellement en rapport avec la Martinique, on peut dire que des communications restées ignorées ont apporté la maladie sans qu'on ait pu saisir le moment ou la manière dont la transmission s'est faite.

Mais si on ne peut opposer une dénégation formelle à une pareille supposition, remarquons qu'on peut objecter aussi que les individus qui étaient sur les lieux au moment des épidémies, Câtel, Ballot, etc., etc., ont accepté parfois avec grande conviction l'idée de la genèse spontanée, de sorte que l'on se trouve en présence de deux affirmations en sens contraire qui ne peuvent pas plus être vérifiées l'une que l'autre et qui n'ont pas plus de poids comparatif en somme.

Nous avons vu que pour les épidémies de 1839-44, de 1851-57, de 1869, nous n'avons pu obtenir que des conclusions hésitantes ; de sorte que dans l'état actuel des choses il est impossible d'avancer une affirmation positive pour ou contre l'apport de la maladie dans l'île, dans ces diverses occasions. En effet il faut dans tous les cas accepter quelque chose d'arbitraire si on veut sortir du doute dans lequel l'examen, quelque attentionné qu'il soit, des faits venus à notre connaissance laisse l'esprit.

Par conséquent, la conclusion touchant la valeur de cet argument est encore impossible à poser dans le moment présent et suivant qu'on sera porté par ailleurs à admettre ou à rejeter l'idée de la genèse spontanée ou de l'importation, l'esprit flottera dans un sens ou dans l'autre. Je n'ai pu pour ma part sortir encore de l'indécision en analysant les documents que j'ai recueillis jusqu'ici.

Si nous restreignons le champ de la discussion aux faits de transmission de la maladie d'un point à un autre de l'île, nous voyons en revanche l'importation de la maladie d'une ville dans l'autre être parfaitement évidente et si fréquente qu'il nous faut admettre sans discussion plus longue la possiblité de ce mode de développement des épidémies.

D. *Lorsque la fièvre jaune s'est montrée d'une manière qu'on peut croire spontanée, elle a été stérile au point de vue épidémique.*

Il est évident que nombre de fois la fièvre jaune, signalée comme s'étant montrée spontanément à la Martinique, n'a pas engendré une épidémie et les faits que nous avons cités précédemment en sont la preuve.

Ainsi par exemple, sans avoir besoin de les citer tous, nous savons que, dans le quatrième trimestre de 1830, le docteur Garnot signale plusieurs cas de gastro-céphalite, et un individu mourant à l'hôpital de Saint-Pierre de fièvre jaune, sans que ces faits aient provoqué une poussée épidémique.

Dans le courant du second trimestre de 1850, nous voyons aussi deux cas de typhus amaril naître spontanément sans se communiquer aux autres malades de l'hôpital dans lequel on les soigne. Le même fait se passa à l'hôpital de Saint-Pierre, au quatrième trimestre de cette année 1850.

En 1870, en 1871, en 1873, même chose est constatée à Saint-Pierre ; de sorte qu'il ne saurait, on le voit, y avoir la moindre hésitation là-dessus. Il est incontestable que maintes fois, car je n'ai parlé jusqu'ici que des faits observés dans les hôpitaux militaires, et des faits analogues s'observent aussi fréquemment, sinon plus souvent encore, dans la pratique civile.

Il est incontestable que maintes fois, dis-je, on a vu la fièvre jaune se manifester d'une manière plus ou moins grave chez un individu, sans avoir cette aptitude à la transmission qui est si évidente dans certains autres cas.

Mais si nous considérons les atteintes de Blandin et de Zæppfel à Fort-de-France, en 1869, comme des atteintes sporadiques, si nous admettons que celui du capitaine Sentelz et de plusieurs autres, en 1851, sont nés spontanément, nous pouvons soutenir la thèse opposée, car ils ont bien pu être l'*initium* de l'épidémie chaque fois. Donc, il n'y a pas de réponse absolue à faire dans un sens ou dans l'autre, et il faut dire que les atteintes qu'on a considérées comme spontanées ont été quelquefois stériles, quelquefois fécondes sous le rapport épidémique.

Nous avons épuisé la série des arguments fournis par les partisans de la genèse spontanée et de l'importation ; et avant d'aller plus avant dans la discussion, il nous faut étudier encore une question, à savoir : toutes les fois que la fièvre jaune a été

apportée dans l'île, s'y est-elle développée sous forme épidémique?

Toutes les fois que la fièvre jaune est apportée à la Martinique, s'y propage-t-elle sous forme épidémique?

Nous possédons, à l'heure présente, de nombreux et irrécusables faits qui démontrent de la manière la plus péremptoire que bien des fois la fièvre jaune a été apportée à la Martinique sans y devenir le commencement d'une épidémie, de sorte que nous ne pourrions pas, en franche discussion, soutenir comme exacte cette proposition avancée bien des fois par nombre de personnes que la fièvre jaune se déclare sous forme d'une épidémie toutes les fois qu'elle est apportée dans l'île. Cette île ressemblant en cela à un corps inflammable qui prendrait feu au premier contact d'une étincelle imprudemment placée à sa portée.

Dans l'exposition des faits que nous avons présentée tantôt touchant les diverses épidémies de fièvre jaune à la Martinique, nous avons énuméré plusieurs circonstances dans lesquelles la maladie apportée ne s'est pas propagée épidémiquement; nous allons en rapporter quelques-unes d'une manière sommaire; seulement, comme nous n'avons pas sur toutes des renseignements bien précis, nous n'insisterons que sur les faits dont nous connaissons suffisamment le détail pour ne pas nous laisser entraîner à discuter sur des bases peu solides.

Le premier fait indiqué avec tous les détails désirables est celui de Moreau de Jonnès, qui nous apprend qu'en décembre 1814, un corps d'occupation français, composé de réfractaires, c'est-à-dire d'hommes jeunes, pusillanimes pour la plupart, tous profondément attristés d'être au service, c'est-à-dire un corps d'hommes en excellentes conditions, pour être cruellement ravagé par une maladie épidémique, arrive à la Martinique où régnait encore la fièvre jaune, n'y fournit qu'un très-minime tribut à la fièvre jaune, alors qu'en 1802, dans des conditions qui semblaient meilleures, la maladie avait frappé les nouveaux arrivés d'une manière véritablement effroyable. Et, remarquons-le, malgré la persistance d'un certain nombre de cas qui attestaient le voisinage du danger, son imminence, ce n'est qu'en 1818 que le typhus amaril se manifeste sous la forme épidémique et frappe les coups terribles qu'il sait porter dans quelques circonstances.

A cette époque, les mesures quarantenaires n'étaient pas de

mise à la Martinique; les navires, les Européens y arrivaient et en partaient sans être tenus à l'écart de la population par la séquestration sanitaire, de sorte qu'il est admissible que les individus inacclimatés se trouvaient sensiblement toujours dans les mêmes proportions, et cependant il est probable que l'épidémie cessa en 1819 pour reparaître en 1820 ; elle cessa encore en 1823. Pourquoi, cette fois, ne durait-elle pas comme au temps du Père Labat, par exemple? On n'en peut réellement pas trouver une raison bien péremptoire, si on admet que toutes les fois que le germe morbide et les inacclimatés se trouvent en présence, une épidémie de fièvre jaune surgit.

Dans l'épidémie qui dura de 1825 à 1829 nous voyons quelque chose d'analogue peut-être, c'est que, de janvier à juin 1826, de février à septembre 1828, la fièvre jaune disparaît à l'hôpital de Fort-de-France, mais il serait peut-être téméraire de formuler une opinion sur des faits qui ne sont pas venus à notre connaissance avec tous les détails que nous pourrions désirer.

Dans l'épidémie de 1838 nous voyons un fait qui a été interprété de diverses façons et qui se rattache très-directement à notre sujet ; en effet le docteur Câtel, chef du service de santé de la Martinique, dit dans son mémoire (*loc. cit p.* 133) et dans son rapport sur le 4e trimestre que plusieurs musiciens de l'infanterie de marine vont passer huit jours à Saint-Pierre au mois d'octobre, moment où la fièvre jaune y régnait; on les loge dans une chambre de la caserne où la 4e compagnie avait eu plusieurs hommes atteints, local qui semblait jusque-là être le foyer de la maladie, mais dont on avait blanchi les murs à la chaux pour la désinfecter. A leur retour à Fort-Royal plusieurs d'entre eux furent atteints, six même succombèrent à la fièvre jaune sans cependant la transmettre aux autres malades du même établissement ni à la garnison, car la première atteinte de typhus amaril constatée à l'hôpital du chel-lieu ne s'est déclarée que le 2 février 1839.

Enfin nous arrivons aux faits qui ont été mis en lumière récemment par la plume érudite de notre prédécesseur M. Ballot. Dans les derniers mois de 1850 plusieurs navires de commerce venus de Cayenne où régnait la fièvre jaune vinrent relâcher à Fort-de-France, envoyant à l'hôpital de nombreux atteints du typhus ictérode qui ne transmirent pas la maladie aux autres malades de l'hôpital, bien qu'ils ne fussent pas isolés.

En 1850 aussi, au mois d'octobre, la fièvre jaune est signalée à Saint-Pierre sans cependant y prendre une extension sérieuse et

ce n'est qu'en septembre 1851 que l'épidémie éclate réellement, c'est-à-dire qu'elle fut due assurément à d'autres germes qu'à ceux que nous venons de citer.

Au commencement de 1854 le vapeur de l'Etat, l'*Achéron*, venant de Saint-Domingue où régnait la fièvre jaune, envoya un homme atteint du typhus amaril à l'hôpital, cet homme ne transmit pas son mal aux autres malades ses voisins.

Au commencement de l'année 1855, le navire du commerce, l'*Aurélie*, arrive à Saint-Pierre où le dernier cas de fièvre jaune datait d'octobre 1853, ce navire avait passé vingt-trois jours à la Pointe-à-Pitre où la maladie existait. Peu de jours après l'arrivée, deux hommes de son équipage sont atteints, entrent à l'hôpital où ils guérirent sans communiquer l'affection aux autres malades au milieu desquels ils étaient couchés.

Voilà donc un assez grand nombre de faits montrant que l'apport de la fièvre jaune dans l'île n'a pas toujours produit une épidémie, particularité très-remarquable, plus ou moins explicable peut-être par la théorie, mais que l'on doit admettre sans contestation pour se rendre à l'évidence des faits.

Après avoir fourni avec tous les détails nécessaires les divers arguments mis en avant dans un sens ou dans l'autre, par ceux qui se sont occupés des épidémies de fièvre jaune à la Martinique, de quel côté pencherons-nous ; — admettrons-nous la naissance spontanée; — croirons-nous seulement à l'importation; — adopterons-nous une opinion mixte disant que, tantôt c'est l'un, tantôt l'autre de ces deux mécanismes qui doit être invoqué ? Telle est la question que nous devons nous poser et résoudre ici.

Or un fait capital doit être mis en avant, il me semble, dès qu'on discute cette question : c'est que les apparitions de la fièvre jaune à la Martinique ne se sont montrées que lorsque certaines conditions climatériques existaient, car d'une part l'apport de malades dans un hôpital ou en ville a pu ne pas engendrer une épidémie dans certains moments ; — d'autre part l'arrivée d'Européens inacclimatés n'a pas été toujours suivie d'une apparition ou d'une recrudescence d'épidémie dans maintes circonstances.

Donc on ne peut admettre qu'il suffise d'apporter la fièvre jaune à la Martinique pour qu'elle s'y développe, et même au cas où nous penserions qu'une épidémie reconnaît toujours pour cause un germe étranger, nous serions encore obligé de

faire cette restriction, c'est qu'il faut que ce germe arrive dans un moment propice sous peine de rester infécond.

Ceci revient à dire que, pour la production d'une épidémie il ne faut pas seulement deux termes A, le germe; B l'individu capable de le recevoir; il faut un troisième élément C, une disposition particulière soit du climat, soit de la saison qui permette la fécondité du mal sous le rapport de sa transmission d'un individu à un autre.

Nous avons besoin d'entrer dans quelques développements à ce sujet, prenons un exemple pour bien faire saisir notre pensée : les graines de certaines plantes herbacées de nos pays, celles de quelques légumes qui servent à l'alimentation, ont la propriété de pousser et de produire des sujets vigoureux en apparence quand on les sème à la Martinique mais ne fructifient que dans de rares circonstances : Pourquoi? C'est parce que la graine et la terre n'ont pas fait défaut, il est vrai, mais que les conditions de milieu atmosphérique sont défavorables le plus souvent.

Eh ! bien, ne peut-on pas admettre qu'à certains moments le climat de la Martinique est favorable à l'éclosion et à la transmission de la fièvre jaune, qu'à certains autres moments ce climat ne permet pas la fructification des germes de la maladie, et alors nous comprenons sans peine que dans telle circonstance il a suffi, soit de la production spontanée d'un cas de de typhus amaril, soit de l'introduction dans le pays d'un malade ou d'un objet contaminé pour produire une épidémie; tandis que dans tel autre des individus atteints de typhus ictérode né dans l'île ou venant du dehors, ont pu être couchés dans une salle d'hôpital à côté de plusieurs autres valétudinaires; c'est-à-dire que la maladie a pu être placée dans les meilleures conditions apparentes de développement sans se propager. Tout cela nous ramène à l'idée des périodes de stérilité et des périodes de fecondité de la maladie au point de vue épidémique, idée formulée par Lefort, Luzeau, Câtel et nombre d'autres médecins observateurs d'une grande valeur.

Mais ces périodes étant admises nous devons reconnaître que la question n'est pas encore entièrement éclairée, et en effet il reste toujours la très-grande question de la genèse sur place, ou de l'importation de la maladie à la Martinique; et en effet les uns nous disent : toutes les fois qu'une épidémie s'est montrée à la Martinique, elle était signalée préalablement dans un autre pays des Antilles ou du continent américain, les autres vous opposent

qu'on n'a jamais vu une épidémie naître tout à coup et au moment où la santé publiqne ne présentait absolument aucune défectuosité.

L'argument des partisans de l'importation est catégorique, mais celui des autres ne l'est pas moins, et alors pour tâcher d'expliquer les particularités qui régissent la naissance des épidémies de fièvre jaune, ne pourrait-on pas tenter de formuler la théorie suivante : La production de la fièvre jaune dans un pays est le résultat d'une disposition atmosphérique spéciale, qui ne se crée pas çà et là capricieusement dans un endroit ou dans un autre, évoluant d'une manière isolée dans chaque localité. Cette disposition est un peu comme celle des ouragans, par exemple, qui commencent à certains lieux d'élection toujours les mêmes, et qui, une fois formés, s'en vont gagnant de proche en proche, en augmentant ou en diminuant d'intensité.

Or, comme la Martinique et même les petites Antilles ne sont pas dans ces foyers générateurs d'élection, ce n'est jamais dans ces pays que naît la maladie tout d'abord. C'est sur les côtes de l'Amérique du Sud, dans le golfe de Darien, de Honduras, du Mexique, sur le littoral de l'île de Cuba, que la disposition atmosphérique génératrice, la constitution médicale à fièvre jaune se présente tout d'abord, et voilà pourquoi les épidémies de typhus amaril sont parties toujours de là, et qu'on n'a jamais vu une épidémie commencer, soit par la Martinique, par la Guadeloupe, par Sainte-Lucie ou telle autre des petites Antilles.

Une fois la disposition atmosphérique spéciale qui permet l'explosion des épidémies de fièvre jaune, parce qu'elle donne peut-être à ses germes une virulence, une activité suffisante pour lui permettre d'acquérir une grande propriété de transmission d'homme à homme : une fois, dis-je, cette disposition atmosphérique spéciale créée après deux, cinq, huit, dix ans d'élaboration dans les lieux d'élection précités, elle commence son mouvement d'extension de proche en proche, qui met deux, cinq, huit, dix années à parcourir la mer des Antilles et les pays tropicaux capables d'être le théâtre d'une épidémie du typhus amaril.

A mesure qu'un pays entre dans la zone d'activité de cette disposition atmosphérique, il commence à présenter des cas de fièvre inflammatoire plus nombreux et plus fréquents, de véritables épidémies même de cette fièvre, et alors il peut arriver ou bien que, ne se trouvant pas dans le centre du grand courant morbigène, il ne subisse l'action que de manière à présenter

ladite fièvre inflammatoire, de même qu'il peut, au contraire, voir surgir à un moment donné le typhus amaril avec toute sa gravité, sans qu'il ait eu besoin d'y être apporté, *à fortiori*, on le comprend, si à ce moment le germe de la fièvre jaune y est apporté par des hommes ou des objets, une épidémie s'y déclare avec une grande sévérité.

Cette hypothèse étant admise, on comprend sans aucune difficulté comment il se fait parfois que la fièvre inflammatoire soit légère ou intense; pourquoi elle peut s'aggraver ou bien durer des mois et des années entières avec la même force, pourquoi elle cesse brusquement ou bien pourquoi elle dégénère en fièvre jaune.

Bien plus, cette hypothèse étant admise, on comprend, non-seulement que l'importation de la fièvre jaune peut être singulièrement facilitée à un moment donné, comme nous venons de le dire, mais aussi comment, à d'autres époques, cette importation est absolument stérile, chose qu'on a constaté bien des fois.

Cette théorie est certainement séduisante *à priori* dans la question de l'épidémologie de la fièvre jaune à la Martinique, et nous voyons qu'elle nous ramène à l'idée de Lefort, de Luzeau, de Câtel, sur les phases d'immunité et les phases d'épidémie du typhus amaril; car ce que nous venons de dire de l'éclosion de la fièvre jaune épidémique sur le littoral de l'Amérique ou de l'île de Cuba, et de la propagation de proche en proche de la maladie à mesure que les pays sont dans le foyer atmosphérique propice; cette comparaison que nous avons faite des épidémies de fièvre jaune avec les ouragans n'est en somme que la paraphrase de cette idée primordiale des phases d'activité et des phases de repos de la fièvre jaune dans les divers pays où elle peut se montrer.

Ce serait peut-être parce qu'à certains moments cette disposition atmosphérique est allée jusqu'aux pays tempérés de l'Amérique du Nord, de l'Europe, que la transmission des germes de la fièvre jaune ont pu être apportés à New-York, à Southampton, à Brest, à Saint-Nazaire, en Portugal, etc. Ce serait aussi parce que cette disposition est plus souvent réalisée dans les pays de la côte d'Afrique, du Sénégal, du Congo, qu'on voit plus souvent qu'ailleurs surgir dans ces régions des épidémies plus ou moins graves de fièvre jaune.

Certes, de prime abord, les idées reçues touchant la transmission de la fièvre jaune et de toutes les maladies contagieuses

analogues d'homme à homme, ou des corps inanimés aux organismes vivants nous porte à repousser une pareille hypothèse, et on répondra volontiers que si la fièvre jaune est arrivée jusqu'à New-York, Southampton, Brest et Saint-Nazaire, etc., c'est qu'elle y a été apportée tout simplement. Mais sommes-nous bien certains que nous avons répondu là à toute la question? En effet, depuis 1849, par exemple, la fièvre jaune est, pour ainsi dire, en permanence au Brésil; les communications de ce pays avec le Portugal sont incessantes; pourquoi, deux ou trois fois à peine la fièvre jaune est-elle arrivée à Lisbonne ou à Porto? Oserions-nous affirmer que les mesures sanitaires ont toujours été assez efficaces pour obtenir ce résultat? Non, je crois, et bien que je sois un partisan déterminé des quarantaines, je n'aurais pas le courage de soutenir une pareille opinion.

La fièvre jaune est souvent à la Havane. N'arrive-t-il pas chaque année des navires analogues à l'*Anne-Marie* dans le port de Saint-Nazaire? Et cependant voudrions-nous soutenir que, dans une période de trente à cinquante ans, les germes morbides n'ont été apportés que cette seule fois dans notre pays?

On le voit, en y réfléchissant, on est porté à penser que le problème de la transmission des maladies épidémiques et contagieuses comme la fièvre jaune est plus complexe que nous n'étions disposé à le croire de prime abord, et alors cette idée qu'il faut certaines conditions atmosphérique spéciales, idée signalée et acceptée déjà dans la science bien avant que nous ayons songé à la faire intervenir dans le débat actuel, prend une importance plus grande dans la question.

Assurément, cette manière d'envisager les choses est séduisante, comme je le disais tantôt; mais il faut convenir cependant qu'elle est du domaine des choses purement théoriques, des vues de notre esprit, de sorte que si on ne veut pas se payer de mots dont l'inanité sera peut-être démontrée demain, il vaut mieux avouer que nous ignorons encore le mécanisme de la production des épidémies de fièvre jaune que de discuter plus longtemps sur des choses aussi mal assurées.

Je ne puis quitter ce sujet sans faire remarquer cette particularité bien curieuse que c'est dans ce grand golfe inter-continental des deux Amériques, qu'on est disposé à rattacher le foyer d'émission primordiale de la fièvre jaune, et que c'est dans le grand golfe indo-chinois que l'on rattache le foyer d'émission du choléra épidémique. Certes, il suffit de rapprocher ces deux

faits pour qu'aussitôt l'esprit se lance dans des comparaisons au sujet de toutes les questions d'épidémologie communes aux deux maladies ; et de même que des hommes de grand poids ont soutenu qu'en Indo-Chine le choléra ne naît jamais spontanément dans certaines localités, mais y est toujours apporté ; de même pourra-t-on être disposé à croire que, dans les divers pays des petites Antilles, et par conséquent à la Martinique, la fièvre jaune ne naît jamais sur place.

Il y aurait, on le comprend bien, des pages à écrire là-dessus, j'ai même le pressentiment que ce qui résoudra la question, pour une des deux maladies, sera d'un grand secours pour l'élucidation de l'autre ; mais on me permettra de ne pas me lancer dans cette voie trop ardue, trop difficile pour mes forces et mes connaissances en épidémologie. A un esprit synthétique et plus apte que moi à voir les choses de haut, de développer les idées que je montre ici comme un horizon vague et à contours mal accentués.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici semble donc nous autoriser à pencher vers cette conclusion. — Tantôt l'importation étrangère, tantôt la genèse spontanée ont pu être la cause d'une épidémie de fièvre jaune à la Martinique, mais cette importation et cette genèse spontanée n'ont pu être fécondes qu'à la condition d'arriver à un moment propice, non-seulement d'une saison, mais encore d'une période de plusieurs années. — Cependant n'oublions pas de dire aussitôt que la preuve absolue nous manque encore de sorte que, tant que de nouveaux faits ne se seront pas produits, les uns pourront dire : la fièvre jaune est toujours apportée, en faisant cette restriction, par exemple, que, quand elle est apportée à un moment où les conditions climatériques ne lui sont pas favorables, elle reste stérile, tandis qu'elle se développe sous forme d'une épidémie plus ou moins intense lorsque ces conditions climatériques lui sont favorables. Les autres pourront toujours soutenir, au contraire, cette opinion que, puisqu'il faut une certaine disposition de l'atmosphère, il est logique d'admettre qu'au moment où cette disposition est à son maximum d'intensité, la fièvre jaune peut éclater d'elle-même et que, si à un certain degré, cette disposition engendre ce qu'on a appelé les cas sporadiques, c'est-à-dire inféconds pour la propagation, on peut parfaitement concevoir que, par l'augmentation de cette intensité, on arrive à voir la véritable fièvre jaune épidémique et transmissible se produire spontanément.

De sorte, en définitive, que, dans l'état actuel de la question, la conclusion absolue n'est pas possible, et le mieux, je crois, est d'admettre : 1° qu'il faut une disposition spéciale de l'atmosphère pour que la fièvre jaune sévisse à l'état d'épidémie à la Martinique ; 2° que dans les moments où cette disposition existait il semble prouvé que l'importation a été parfois l'occasion d'une épidémie, et qu'il est possible que la genèse spontanée ait pu aussi la produire.

Certes, je conviens qu'il est très-regrettable de ne pouvoir préciser davantage les conclusions, mais enfin il vaut encore mieux avouer notre ignorance et nous tenir dans l'hésitation du doute, que de nous laisser aveuglément entraîner à telle ou telle opinion absolue, dont l'inexactitude pourrait être démontrée demain si de nouveaux faits mieux observés ou plus heureusement survenus venaient jeter un jour qu'on n'a pas encore pu obtenir dans la question jusqu'ici.

Il est assurément fâcheux de ne pas pouvoir franchir actuellement la limite que nous venons de spécifier, mais remarquons qu'au point de vue de la pratique il est ressorti de l'exposé historique que nous avons fait et de la discussion à laquelle nous nous sommes livré, des détails importants qui font que si, sous le rapport théorique, la solution est encore à trouver, sous le rapport de ce qu'il faut y faire pour prévenir, limiter ou combattre les épidémies de fièvre jaune à la Martinique, la question semble très-heureusement élucidée dès à présent.

En effet, il faut avoir un service sanitaire bien organisé autour de l'île, de manière à surveiller avec grand soin les arrivages des navires venant des lieux qui peuvent être contaminés par le typhus amaril. En temps ordinaire, c'est-à-dire lorsque la fièvre jaune n'est signalée nulle part, le service sanitaire doit fonctionner avec le même zèle et la même attention qu'en temps d'épidémie, afin que les employés subalternes soient parfaitement rompus par l'habitude aux détails de leur métier.

Dès qu'une épidémie de fièvre jaune est signalée quelque part, il faut appliquer rigoureusement les mesures de quarantaine des individus, d'épuration des marchandises, absolument comme s'il était démontré que l'importation est la seule origine des épidémies.

Arrivera-t-on de cette manière à préserver toujours la colonie d'une invasion du fléau? C'est possible, je ne le crois pas cependant, mais disons ici toute notre opinion : je crois que le plus souvent on empêchera par les mesures sanitaires le développe-

ment des épidémies, mais que quelques rares fois, malgré la garde la plus attentionnée, on verra le typhus amaril faire irruption dans le pays, soit par le fait d'une imperfection des mesures sanitaires, soit par celui d'une véritable génération sur place de la maladie.

Certes il vaudrait mieux pouvoir espérer que les mesures sanitaires seront un moyen toujours efficace pour empêcher l'apparition d'une épidémie dans l'île ; mais, même en admettant leur impuissance dans un certain nombre de cas, on comprend que le bénéfice est encore asssz grand pour justifier leur mise en œuvre.

Lorsque, malgré les mesures sanitaires, la maladie se montrera dans l'île — ne restera-t-il plus rien à faire pour empêcher son extension et sa durée? — évidemment non et l'historique que nous avons présenté nous a fourni à ce sujet des renseignements précieux, que nous utiliserons quand nous parlerons de la prophylaxie ; mais n'entrons pas dans cette étude ici de peur d'obscurcir notre exposition par des longueurs et des digressions.

Donc nous pouvons terminer ce chapitre en disant, que si l'historique des épidémies de fièvre jaune dont la Martinique a été le théâtre n'a pas jusqu'ici permis de trancher d'une manière définitive la question de la genèse sous le rapport scientifique, la marche à suivre dans la pratique, pour éviter ces épidémies ou limiter leur léthalité, est bien clairement indiquée désormais.

CHAPITRE II

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

—

Dans ce chapitre, nous devons décrire les divers symptômes de la maladie de manière à la bien faire connaître à ceux qui n'ont pas encore une opinion arrêtée sur son compte. La marche que nous suivrons est toute simple, elle est indiquée d'ailleurs par le sujet lui-même. Nous envisagerons successivement la marche, la durée et la terminaison.

MARCHE.

Quoique la fièvre jaune soit une entité morbide bien distincte des affections qui l'avoisinent, elle présente des caractères assez variables, suivant les cas, pour ne pas pouvoir être décrite d'un seul bloc. Il faut établir des divisions et des subdivisions assez nombreuses quand on veut faire la peinture exacte des diverses atteintes que l'on observe dans une épidémie.

Quand on voit, en effet, un certain nombre d'individus frappés par la maladie, on constate qu'ils ne le sont pas tous au même degré et avec une égale sévérité. C'est ainsi que les uns, après avoir présenté au début les symptômes caractéristiques de l'affection, éprouvent bientôt une rémission favorable que la convalescence suit aussitôt.

D'autres ne sont pas aussi favorisés, car la rémission est suivie d'une phase morbide d'une durée de quelques jours, pendant laquelle l'organisme semble être hésitant entre la voie qui le conduira à la convalescence et celle qui ouvrirait la porte à des accidents plus ou moins graves.

Certains d'entre eux, après avoir présenté la période fébrile initiale, la période de rémission, présentent des accidents d'une extrême gravité.

Enfin, une autre catégorie, plus mal partagée encore, passe de vie à trépas sans que la maladie se soit déroulée dans les

délais qu'on est habitué à lui constater dans les cas précédents. Nous considérerons donc quatre degrés : A, le léger; B, le moyen; C, l'intense; D, le sidérant.

Dutrouleau, dans son excellent livre, et maints auteurs qui ont parlé de la fièvre jaune, n'ont admis que trois degrés : le léger, le moyen et l'intense; mais cependant il me semble nécessaire d'en distinguer un quatrième pour faire entrer tous les cas possibles dans la description. Je n'ai fait en cela que suivre l'exemple donné par Bally, François et Pariset (*loc: cit.*, p. 367), qui ont signalé l'existence de ces cas foudroyants qu'on ne pourrait sans inconvénients confondre avec ceux de la troisième catégorie.

PRODROMES.

La première question qui se présente à l'esprit, quand on étudie la symptomatologie de la fièvre jaune, est de savoir s'il y a ou non une période prodromique. Les auteurs diffèrent d'opinion à ce sujet; ainsi, par exemple, tandis que Bally dit que la maladie débute brusquement sans symptômes préliminaires, d'autres, avec Savaresi, Gillepsie, admettent au contraire l'existence de cette période prodromique à laquelle ils prêtent tel ou tel caractère.

Dutrouleau, dans son remarquable livre (p. 334), admet que, dans un cinquième des cas, on observe des prodromes dans les atteintes de la fièvre jaune, et l'examen des faits qui se sont passés à la Martinique me porte à partager son opinion. D'ailleurs voici la question jugée par des chiffres, car mon savant collègue M. Langellier-Bellevue a voulu, dans le cours de l'épidémie de 1869, fixer les idées d'une manière précise sur ce point, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

La maladie a débuté sans prodromes	51 fois,	soit 61 p. 100.
— a été précédée de phénomènes morbides, durant de 1 à 8 jours.	20 —	24 —
— a été annoncée par des étourdissements rappelant le vertige stomacal.	2 —	3 —
— a été précédée par de véritables accès intermittents.	10 —	12 —
Total. . .	83	

Entrons maintenant dans la description des phénomènes morbides, qui constituent les quatre degrés de fièvre jaune.

1er DEGRÉ. — FIÈVRE JAUNE LÉGÈRE.

Ce degré, que l'on a appelé la maladie *ébauchée*, la maladie *fruste*, et qui, au point de vue du danger couru par le malade, est peu de chose, mais au point de vue de la transmission de l'affection est aussi dangereuse que les autres degrés, aussi dangereuse, par exemple, que la variole discrète l'est pour la propagation des épidémies de petite vérole, se présente avec les caractères suivants :

Au milieu d'une santé parfaite et d'une manière assez brusque pour qu'on puisse savoir l'heure précise de l'invasion, quelquefois, le sujet est pris d'un frisson qui peut être assez accentué, mais qui généralement est d'assez courte durée.

Plus rarement on a constaté une période prodromique caractérisée par du malaise, de la céphalalgie, de l'insomnie et un peu d'embarras gastrique très-léger pendant deux ou trois jours. Aussi quand le malade prétend avoir éprouvé ces phénomènes, le médecin doit-il redoubler d'attention pour déterminer s'il n'a pas affaire à un des cas insidieux qui ne doivent pas être rangés parmi les bénins qui nous occupent actuellement.

En même temps qu'apparaît le frisson, commence une céphalalgie qui est frontale, sus-orbitaire, donnant parfois la sensation de douleur dans les globes oculaires. Cette céphalalgie est toujours intense, mais cependant elle est supportable et c'est surtout dans les cas plus graves qu'elle est d'une rigueur très-pénible. Pendant ce temps les lombes et le rachis sont le siége de douleurs assez vives; mais comme je viens de le dire à propos de la céphalalgie, c'est dans les cas plus graves qu'elles sont insupportables. Actuellement, bien qu'elles constituent un symptôme très-pénible, elles n'arrachent pas des cris au malade et ne l'agitent pas au point de le faire changer de place à chaque instant.

A ce point de vue, les phénomènes qu'il éprouve ne sont guère différents de ceux que l'on observe dans un accès de fièvre paludéenne assez intense; mais, comme le fait très-bien remarquer Dutrouleau, il faut tenir compte en ceci du caractère et de la nationalité du patient, c'est-à-dire de son impressionnabilité personnelle, car il arrive souvent que là où un homme du Nord, un sujet de tempérament lymphatique, d'un

âge mûr, n'aura pas une agitation sensible, un malade né dans le Midi, de tempérament nerveux ou pléthorique, plein de jeunesse, présentera une surexcitation qui pourrait faire croire à une atteinte plus grave que ce qui est réellement.

Le sujet accuse un sentiment de lassitude générale, une sorte de courbature, quelquefois des douleurs dans les articulations et le long des membres inférieurs. La marche est difficile et prend le caractére titubant de l'ébriation, mais n'est pas devenue très-rapidement impossible, phénomène qui se présente dans les atteintes plus graves de la maladie.

La face est rouge et parfois comme boursouflée : couleur acajou clair, ainsi que le dit Dutrouleau. Remarquons avant d'aller plus loin que l'aspect du faciès dans la fièvre jaune est très-caractéristique pour le médecin ; il frappe même assez le vulgaire pour que, quand le malade arrive à l'hôpital après la période fébrile et dans la phase de la rémission, les gens qui l'ont soigné au début indiquent au médecin la couleur rouge qu'avait l'individu dans les premiers moments de l'atteinte.

Les yeux sont brillants, les conjonctives légèrement injectées, variant du rose tendre au rouge bien accentué, elles sont humides, mais ne présentent pas cet aspect d'hypérémie voisin de l'inflammation, que l'on observe dans les degrés plus sévères de la maladie.

Cette réunion des phénomènes que présente l'aspect du visage du malade justifie bien réellement l'expression de *masque de la maladie* qui la caractérise et, comme l'ont fait très-bien observer nombre de médecins : En temps d'épidémie elle peut faire diagnostiquer la fièvre jaune à première vue.

Il va sans dire qu'il faut tenir compte des antécédents de l'individu pour apprécier l'intensité de la coloration rouge du facies dans la première période de la fièvre jaune. En effet, si on a affaire à un sujet pléthorique arrivant depuis peu de temps d'Europe, jouissant jusque-là des attributs apparents d'une santé florissante, on remarque une intensité très-accentuée dans la couleur rouge du visage; tandis, au contraire, que si l'on a affaire à un anémique, à un sujet déjà plus ou moins profondément impaludé, une légère coloration rosée de sa face habituellement pâle jusque-là a la même signification, bien que le ton de la teinte soit infiniment moins marqué.

La peau est chaude, âcre au toucher, comme dans la plupart des atteintes fébriles, mais il n'y a rien là qui doive étonner ou qui doive frapper l'observateur d'une manière spéciale. C'est

dans les degrés plus graves que nous verrons cette sécheresse et cette chaleur de la peau, être plus accentuées et constituer un phénomène plus manifeste.

Dans les cas légers, la sueur se montre rarement, après l'apparition de la chaleur que nous venons de décrire; et, bien qu'elle ait pu se manifester avec une intensité, qui a paru quelque fois être un heureux phénomène critique, elle n'est pas à considérer comme habituelle et caractéristique.

Disons, en passant, que la sueur, quand elle se montre avec une certaine abondance, doit frapper l'attention du médecin, car, si quelques rares fois elle coïncide avec la rémission des accidents dans le degré léger, trop souvent dans les degrés plus sévères, elle est l'indice d'un sérieuse gravité.

Le scrotum présente une lésion sur le compte de laquelle on n'est pas encore bien fixé, mais que je suis cependant, pour ma part, porté à considérer comme pathognomonique de la fièvre jaune : C'est cette coloration rouge, cet érythème que j'ai décrit très en détail dans mon étude sur la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles. Cet érytème scrotal constaté par maints observateurs, dans les dernières épidémies, notamment celle de 1876 à la Guyane, avait passé inaperçu, bien qu'il eût été signalé de tous temps, jusqu'à notre collègue M. Corre, je crois — (Voir thèse de Paris 1867) ou le docteur Crouillebois, médecin distingué de l'armée française au Mexique.

Le pouls est développé plein, dur, variant de 90 a 100, mais se tenant généralement dans les environs de 92 a 96. Il est d'ailleurs en relation avec l'appareil febrile général. Il est régulier, car nous verrons ultérieurement que son irrégularité est l'apanage des cas plus graves et par conséquent plus dangereux.

Les gencives présentent au degré qui nous occupe un enduit qui me paraît être caractéristique et qui a été signalé en 1869 par M. Langellier-Bellevue. J'ai décrit en détail cet enduit ou liséré gingival dans mon étude sur la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles; j'ai montré que contrairement à l'opinion de mon savant prédécesseur, il faut le considérer comme formé par de l'épithélium purement et simplement, et non par l'oïdium albicans, je renvoie le lecteur à cette description précitée, (voir mon travail sur la fièvre inflammatoire,) sans que j'aie besoin d'insister davantage là-dessus actuellement.

La langue est humide, blanche à son centre, légèrement rouge à son pourtour dans quelques cas; dans un grand nombre d'autres elle ne présente aucun caractère bien saillant.

Quelques observateurs l'ont trouvée globuleuse, un peu sèche et comme cotonneuse au début. Cependant son état à ce moment n'a pas paru mériter une description spéciale le plus souvent.

La soif est généralement modérée. Dans quelques cas elle est assez vive, et il faut que le malade y résiste néanmoins un peu, car, s'il la satisfait trop largement, il facilite peut-être la tendance au vomissement, et comme ce vomissement est toujours une chose fâcheuse dans la maladie, on comprend qu'il faut tâcher de le prévenir autant qu'il est possible.

Il y a parfois quelques vomissements, peu fréquents et peu abondants en général, composés soit des liquides ingérés, soit d'un liquide véritablement biliaire. Il est possible qu'au Sénégal ce vomissement bilieux soit plus fréquent qu'ailleurs, surtout lorsque la fièvre jaune frappe un individu qui habite le pays depuis un certain temps, parce que les phénomènes bilieux prennent dans ce pays une prédominance marquée. Dans tous les cas, notons que le vomissement qui joue un rôle si important dans les degrés graves de la fièvre jaune, n'a ici ni persistance, ni gravité, ni caractères qui méritent de nous arrêter bien longtemps.

L'abdomen est indolore en général et il n'y a pas de selle, mais il est parfois le siége d'un orage intestinal qui se traduit par une expulsion diarrhéique de matières fécales. Peut-être que cette particularité symptomatique est plus spéciale aux individus impaludés déjà, parce que, dans ces cas d'anémie et de prédominance bilieuse, l'intestin a plus de susceptibilité, mais dans tous les cas, nous ne voyons rien de pathognomique pour la fièvre jaune dans l'état de l'abdomen à la première période du premier degré de la maladie.

Les urines ont la couleur rouge des urines fébriles, mais sont parfaitement translucides au moment de la miction. Nous verrons, en parlant des cas plus graves, que les urines peuvent présenter une couleur foncée dans quelques rares cas. Mais pour le moment présent nous pouvons ne pas insister sur ce point.

Un médecin de la marine du cadre de la Martinique, M. Vidaillet, a signalé un phénomène très-remarquable et caractéristique de la fièvre jaune, que présentent les urines quand on les traite par l'acide azotique. Je me suis étendu longuement sur la coloration spéciale, et sur l'anneau qui apparaît dans l'opération indiquée par M. Vidaillet, et je renvoie encore

le lecteur à mon étude sur la fièvre bilieuse inflammatoire (p. 243), pour ne pas donner une trop grande longueur à mon travail actuel.

Après un temps qui varie entre deux et quatre jours, en moyenne trois jours, les phénomènes morbides précités s'amendent. Tantôt, c'est sans aucun phénomène critique et comme par épuisement de la poussée fébrile; tantôt, c'est par une sueur plus ou moins abondante. Dans ce dernier cas, la maladie pourrait être assimilée assez bien à un accès de fièvre paludéenne ou éphémère, qui a eu une durée insolite, et dont le second stade a eu une longueur tout à fait exagérée.

La céphalalgie, les douleurs du tronc et des membres diminuent et disparaissent au grand soulagement du sujet, qui en éprouve une douce quiétude d'esprit, et un bon espoir dans la guérison prochaine. Si le sommeil qui avait fait entièrement défaut jusque-là semble possible, le malade s'y laisse aller volontiers sans pouvoir y réussir cependant toujours.

Le pouls tombe notablement, il diminue de force d'amplitude et de fréquence, devient mou et dépressible, arrive bientôt au rhythme normal, baisse même parfois de quelques pulsations au-dessous pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Puis il se relève peu à peu à mesure que la convalescence s'affirme et que la guérison survient.

Le visage perd la coloration rouge et l'animation qu'il présentait au début. Il pâlit d'abord, et à lui seul pourrait indiquer que la période fébrile, le stade d'exaltation organique a cessé, si d'autres phénomènes concomittants ne venaient apporter leur appoint à l'opinion de l'observateur.

La soif, qui était quelquefois vive dans la période fébrile, diminue ici comme dans la fièvre paludéenne ordinaire au moment de la rémission, et si elle avait été primitivement plus ou moins pénible, elle ne constitue plus désormais un symptôme fatigant.

Quelquefois, une épistaxis peu abondante se montre à ce moment, pouvant être considérée comme phénomène critique ou cause de l'amendement des symptômes fébriles. Un peu d'ictère peut se montrer, mais lorsque l'atteinte a été légère, il peut faire défaut plus ou moins, de sorte qu'on peut dire que le sujet a eu une fièvre jaune sans jaunisse. Dans tous les cas, dès ce moment, le sujet entre en convalescence, et la maladie marche vers la guérison, qui ne se fait pas longtemps attendre.

L'insomnie est parfois un phénomène assez persistant et se

prolongeant jusqu'à la convalence, réclamant même quelques préparations hypnotiques ; mais remarquons qu'elle n'est pas constante et surtout qu'elle n'a pas la tenacité que nous lui verrons dans des degrés ultérieurs. Dans tous les cas disons qu'il faut la combattre, car dans certaines circonstances, elle a paru être le précurseur, sinon la cause, d'une rechute.

On observe assez souvent une certaine tendance à la constipation dans la période de réparation du degré qui nous occupe, tendance qui poussera le praticien attentionné à prescrire de légers minoratifs pour faciliter le cours des matières intestinales, sans cependant aller surexiter fâcheusement le tube digestif, ou ébranler intempestivement l'organisme qui, même dans les atteintes les plus légères de fièvre jaune, éprouve une certaine difficulté à récupérer son état de santé.

Il y a dans les phénomènes que je viens d'énumérer quelque chose qui ramène l'esprit vers un état que Félix Jacquot a si bien décrit sous le nom de typhisation à petites doses, en parlant du typhus de l'armée d'Orient. Le sujet n'aurait éprouvé, pour ainsi dire, qu'un empoisonnement incomplet, qui a été incapable d'entraîner l'évolution complète de la maladie, et disons incidemment que cette fièvre jaune incomplète est impuissante à prémunir, comme les atteintes plus sévères, une atteinte ultérieure.

Pour le degré léger de la fièvre jaune, comme pour son analogue de la fièvre dite inflammatoire, j'ai voulu avoir une série de tracés thermographiques afin de me bien rendre compte des oscillations de la température, et voici la moyenne que m'a donnée l'observation de vingt-huit tracés : Premier jour 39,9-39,9. — Second jour 39,4-39,3 — Troisième jour 39,1-39,4. — Quatrième jour 38,7-38,9. — Cinquième jour 38,4-38,6. — Sixième jour 38,1-37,4. — Septième jour 37,8-37,7. — Huitième jour 37,6-37,9. — Dixième jour 37,4-37,0. — Onzième jour 36,5. La convalescence est assez avancée à ce moment.

Dans les cas les plus francs, peut-on dire, la température qui était montée très-haut dès le début, descend vite et sans hésitations de la manière suivante, par exemple :

Premier jour 40,5-40,0. — Deuxième jour 38,5-39,0. — Troisième jour 38,0-38,8. — Quatrième jour 37,4-37,5. — Cinquième jour 36,6-36,5. — Sixième jour 36,5-36,5.

Au contraire dans ceux qui ont une certaine tendance à l'insidiosité, on voit la température remonter après avoir baissé un

peu, et conserver pendant quelques jours un chiffre relativement élevé. En voici un exemple :

Premier jour 39,5. — Deuxième jour 38,0-38,9. — Troisième jour 38,5. — Quatrième jour 40,3-40,2. — Cinquième jour 39,1-39,8. — Sixième jour 39,2-39,2. — Septième jour 38,4-38,2. — Huitième jour 37,8. — Neuvième jour 37,0. — Dixième jour 36,8.

Quand on compare le tracé moyen que nous avons donné de la fièvre inflammatoire, et celui de la fièvre jaune au premier degré, on voit que la ressemblance est très-sensible. Nous ajouterons même que si nos investigations avaient pu porter sur un plus grand nombre de tracés thermographiques, et si nous avions établi la distinction entre les deux formes franche et insidieuse pour la fièvre jaune, comme nous l'avons fait pour la fièvre inflammatoire, la concordance des tracés eût été plus précise encore.

Il y a un fait qui se montre déjà dans le degré dont nous nous occupons en ce moment, et qui sera plus marqué encore dans les degrés plus graves du typhus amaril, c'est que la maladie commence par une élévation thermique brusque et forte, tendant désormais à descendre avec de petites exacerbations vespérales, et s'abaissant d'autant plus chaque jour, que la guérison est plus facile et plus rapide à obtenir; mais il est inutile de nous étendre plus longuement là-dessus en ce moment, nous aurons à y revenir.

Si le lecteur se souvient de la description que nous avons faite précédemment (de la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles, p. 75); il doit remarquer qu'il y a identité complète entre le premier degré de la fièvre jaune et le second degré de la forme franche de cette fièvre inflammatoire; identité qui justifie parfaitement, il me semble, le nom de synoque amaril. Un de nos jeunes camarades, le docteur Burot, médecin de 1re classe de la marine, qui a observé l'épidémie du Maroni (Guyane) en 1877, est arrivé exactement à la même opinion que nous sur ce point par l'étude des nombreux faits qui se sont passés sous ses yeux.

2° *degré.* — *Fièvre jaune de moyenne intensité.*

Le second degré de la fièvre jaune est une atteinte beaucoup plus sévère pour la malade, puisque la mort peut survenir dans

nombre de cas et de maintes manières. C'est, on peut dire, la maladie confirmée donnant dans l'immense majorité des cas au sujet, l'immunité pour tout le temps qu'il passera désormais dans le pays à typhus amaril sans rentrer en Europe, ou s'élever dans les hauteurs montagneuses des régions intertropicales.

1re *période.* — Sous le rapport du début, le degré qui nous occupe peut être divisé en deux catégories. A, les cas où la maladie est franchement accentuée. B, les cas où elle débute insidieusement. Il faut tenir compte de cette première distinction sous peine de faire à chaque instant des restrictions, qui apporteraient une obscurité fâcheuse dans la description.

A. — Cas où la maladie débute franchement.

L'invasion se fait comme dans le premier degré ou fièvre jaune légère. Nous renvoyons donc à la description de la première période de ce degré, disant qu'il faut ajouter aux phénomènes morbides précités un peu plus d'accentuation, un peu plus d'intensité pour avoir une idée exacte de la situation actuelle.

Nous n'entrerons pas dans de plus long détails, mais cependant qu'on nous permette d'appeler l'attention sur les trois phénomènes dont nous avons parlé tantôt. 1° l'enduit gingival; 2° l'état des urines; 3° l'érythème scrotal.

L'enduit gingival est plus marquée encore dans le second degré de la fièvre jaune que dans le premier ; il s'accompagne d'un état de congestion et même parfois de boursoufflement de la muqueuse qui est plus frappant que précédemment.

Pour ce qui est des urines, nous dirons que l'aneau caractéristique est beaucoup plus marqué, que dans le degré léger; souvent même, on constate l'existence de l'albumine dans les urines, peu après le commencement de la maladie, ou après l'expiration de la période fébrile. Nous verrons ultérieurement, en faisant l'analyse des symptômes, dans quelle proportion et à quelles époques on rencontre cette albumine chez les divers malades et aux différents degrés de la fièvre jaune.

L'érythème scrotal que nous avons signalé dans le premier degré de la fièvre jaune, est plus accentué encore dans le second. Il est si intense parfois dans le cas présent, que toute la peau des bourses se dépouille bientôt de son épiderme et constitue comme un vaste vésicatoire extrêmement incommode, disons plus, douloureux. Quelque fois au lieu de cette excoriation gé-

nérale, l'érythème semble se résoudre, excepté sur quelques points où, au contraire, il augmente d'intensité et arrive à constituer de véritables ulcérations grandes comme une pièce de vingt ou de cinquante centimes d'argent et dans lesquelles on voit qu'une bonne partie de l'épaisseur du derme est atteinte et suppure. Il y a même parfois, dans ces endroits, une véritable eschare qui s'élimine peu à peu, et laisse après sa guérison une cicatrice persistante.

Cette première période de la fièvre jaune du second degré à début légitime, si je puis m'exprimer ainsi, présente donc des phénomènes assez accusés pour être facilement reconnaissables; mais cependant il n'en est pas toujours ainsi et le praticien attentionné doit être en garde contre ce qu'on a appelé les cas insidieux : cas dans lesquels certaines anomalies symptomatologiques peuvent faire hésiter le diagnostic.

Cas où la maladie débute insidieusement.

Ces cas insidieux doivent se ranger, il me semble, en deux catégories : A. Ceux où la coexistence d'accès de fièvre paludéenne peut faire croire soit à une marche intermittente de la maladie, soit même à une simple atteinte de paludisme; B. Ceux où l'intensité des phénomènes est si peu grande au début que l'on peut penser que l'atteinte n'est pas grave, alors cependant qu'elle menace terriblement la vie du sujet.

Que l'atteinte ait débuté franchement ou d'une manière insidieuse, cette première période dure dans le second degré deux ou trois jours, pas moins et rarement plus. Les cas où elle s'est prolongée jusqu'au quatrième jour sont assez rares. Le malade entre alors dans la seconde période de la maladie.

2e *période.* — Cette seconde période débute par une rémission qui semble de bon augure et qui a été bien caractérisée par l'appellation *de mieux de la mort* qu'elle est loin de mériter toujours dans le degré moyen. Cette transition a une durée très-variable; on l'a vue n'avoir que quelques heures d'existence dans certaines circonstances, tandis qu'elle s'est prolongée pendant un jour, un jour et demi, deux jours d'autres fois.

Dans tous les cas, voici les phénomènes qui la constituent ordinairement : Le pouls diminue de force et d'amplitude; il arrive rapidement au rhythme normal et tombe même, pendant trois ou quatre jours, à quelques pulsations au-dessous du

chiffre physiologique. Il est un peu mou, dépressible et indiquerait à lui seul, assez bien l'état d'adynamie profonde dans lequel se trouve le sujet si d'autres phénomènes ne venaient pas ajouter à sa signification.

Lorsque les choses doivent bien marcher, la dépression artérielle de cette période est modérée et l'impulsion sanguine, tout en perdant de sa dureté, conserve une régularité et une harmonie, qu'on me passe le mot, qui est de bon augure et dont les praticiens attentionnés savent bien tirer parti.

Dans les cas, au contraire, où la maladie doit marcher vers des complications fâcheuses, il y a un manque de *consensus* entre les divers termes de la question. Tantôt c'est une dépression exagérée, le pouls tombant à 50, 45, 40 pulsations même ; tantôt c'est une irrégularité dans l'ondée sanguine, dans le rhythme, qui doivent faire appeler l'attention, d'autant plus que les autres phénomènes n'ayant pas acquis encore une importance très-appréciable, le praticien pourrait, dans un examen superficiel, se laisser aller à une quiétude et une confiance dans la guérison qui ne sera pas justifiée par la tournure ultérieure des choses.

Les douleurs de la tête, des lombes et des membres diminuent rapidement et disparaissent dans la grande majorité des cas, au grand bien-être du sujet qui en éprouve une extrême satisfaction. Il est rare qu'un phénomène hyperesthésique persiste dans un point quelconque et le malade peut se laisser aller, sinon au sommeil, au moins au repos. La température de la peau diminue d'une manière sensible ; quand les choses doivent bien marcher, au contraire, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, c'est-à-dire quand le danger persiste, cette température se maintient élevée pendant quelque temps encore.

Pour la fièvre jaune moyenne comme pour le degré léger, et comme pour le degré correspondant de la fièvre dite inflammatoire, nous avons cherché à recueillir un certain nombre de tracés thermographiques pour avoir une idée de la marche moyenne et des oscillations de la température. Malheureusement nous n'avons pas pu avoir assez de faits pour pouvoir faire deux catégories distinctes, comme nous l'avons fait précédemment pour la fièvre inflammatoire. A, les cas francs. — B, les cas insidieux, de sorte que notre moyenne ne saurait avoir la précision que nous avons donnée aux précédents tracés ; quoi qu'il en soit, en réunissant en un seul faisceau les observations au nombre seulement de trois que nous avons pu réunir, nous

avons trouvé comme résultante des cas guérissant les chiffres suivants :

Premier jour 40,0-40,5. — Deuxième jour 40,5-40,4. — Troisième jour 39,4-40,3.— Quatrième jour 39,4-39,4.— Cinquième jour 38,9-39,0. — Sixième jour 38,4-38,9. — Septième jour 38,7-38,4.—Huitième jour 38,4-38,5.—Neuvième jour 37,7,38,0. — Dixième jour 38,4-38,5 — Onzième jour 37,2-37,2. — Douzième jour 37,2-37,4. — Treizième jour 37,5-37,9. — Quatorzième jour 37,7-37,9. — Quinzième jour 37,6-37,0. — Seizième jour 37,4-37,3.

Nous aurions bien des choses à écrire touchant cette marche de la température dans les cas de fièvre jaune de moyenne intensité, mais un seul coup d'œil jeté par le lecteur sur le tableau graphique (fig. n° 9) que nous avons joint à ce volume, le renseignera mieux que n'importe quelle explication, et sur les allures de la chaleur animale dans la fièvre jaune, et sur les comparaisons que l'on est autorisé à faire entre la fièvre jaune moyenne et la fièvre inflammatoire du même degré.

On voit apparaître, le plus souvent, une légère transpiration au moment où la température diminue et, si rien d'anormal ne se présente dans cette évolution naturelle du mouvement fébrile, on peut en inférer que la maladie marche dans une direction favorable. Trop souvent, cependant, des sueurs qui sont l'indice d'efforts impuissants, de réaction et d'une atteinte profonde des forces de la vie se montrent dans le moment qui nous occupe; elles font craindre grandement de fâcheuses conséquences au praticien qui a une grande habitude de la maladie, alors que ceux qui ont moins de pratique ne voient encore que les phénomènes ordinaires de la marche naturelle de la maladie vers le bien.

Le facies perd son animation, pâlit et prend souvent une teinte ictérique variable dans de si grandes limites qu'il faut seulement l'indiquer sans insister sur son intensité tout en disant que fréquemment elle n'est pas très-accusée.

Les conjonctives ne sont pas aussi rouges et injectées; leur vascularisation disparaît bientôt; elles deviennent peu à peu jaunes. Il est bien entendu que nous faisons une restriction pour le cas où l'inflammation a succédé à l'hypérémie ; mais nous notons que ces cas sont l'assez rare exception.

Lorsque l'atteinte est très-profonde, c'est-à-dire sévère, on voit parfois la coloration jaune se hâter, pour ainsi dire, d'ap-

paraître avant la cessation même de l'hypérémie, de sorte que la coloration des conjonctives prend une teinte spéciale : Couleur minium, dit Dutrouleau, et dans laquelle le jaune prédomine de plus en plus.

Très-généralement la langue reste blanche à son centre et rouge sur ses bords ; ce caractère est si général au degré et à la période qui nous occupe, qu'on peut dire que c'est la loi commune ; elle tend parfois à se sécher un peu et il n'est pas rare qu'elle présente alors de petites fissures qui peuvent être assez profondes pour atteindre les vaisseaux superficiels et être alors la cause de petites hémorrhagies qui changent d'une manière absolue son aspect; mais nous parlerons de ces particularités en décrivant le degré plus grave.

Dans les premiers temps de la rémission, la soif s'est généralement calmée et ne constitue plus un phénomène très-pénible, mais pour peu que l'atteinte soit sérieuse, on la voit reparaître bientôt, reprenant son caractère fâcheux d'autant qu'en même temps qu'elle s'allume, les nausées se montrent ou deviennent plus prononcées si elles existaient déjà. Il est à noter même que, dans quelques circonstances, les vomissements semblent durer seulement avec des différences d'intensité et de fréquence depuis le commencement de la maladie.

Bientôt surviennent le plus souvent des vomissements qui méritent de nous arrêter un instant, parce qu'ils présentent des caractères intéressants, tant au point de vue de la symptomatologie que du pronostic : dans les cas heureux et simples ces vomissements sont assez rares, succédant seulement aux ingestions de liquides et ne sont composés que des matières des boissons. Lorsque le sujet était impaludé ou bien que séjournant depuis un certain temps dans les pays chauds ses fonctions hépatiques sont suractivées; il y a plus ou moins de bile dans leur contenu. Dans ces cas on voit parfois à certains moments ces vomissements de la seconde période prendre une abondance et une couleur biliaire verte assez intense pour faire croire à une sorte de mouvement critique survenu dans l'appareil excréteur du foie.

Ce n'est pas dans ce degré de la maladie et surtout quand les choses doivent bien marcher, que le vomissement passe par les diverses teintes qui vont du gris au marron et au noir, et qui ont mérité à la maladie le nom de *vomito negro*, aussi n'avons-nous pas à décrire ici cette forme de la réjection stomacale qui va nous occuper bientôt.

Il n'est pas rare que les selles qui paraissaient avoir suspendu momentanément leur cours dans la première période se montrent, dans le moment qui nous occupe, soit spontanément, soit sous l'influence d'un agent médicamenteux, qui semble avoir produit une sorte de débâcle intestinale pouvant aller parfois jusqu'à une véritable purgation naturelle. Quelques-uns considèrent même cette débâcle comme critique et d'un heureux augure.

Quand cet état d'adynamie a duré deux ou trois jours, on voit assez souvent apparaître des écoulements de sang, soit de la bouche, du nez, de l'anus, soit des piqûres de sangsues, des surfaces des vésicatoires, etc., etc. On a même noté dans quelques rares cas un écoulement de sang, soit des oreilles, soit des yeux.

On a parlé de suintements sanguins de la peau recouverte de son épiderme et sans solution de continuité. Je ne sache pas qu'ils aient été positivement observés et je ne connais dans les faits cités dans cet ordre d'idées, que des cas où l'hémorrhagie a été constatée sur le scrotum; or, remarquons que dans la maladie qui nous occupe, ce point est souvent plus ou moins dénudé de son épiderme.

Nous sommes arrivé à la description d'un phénomène : les hémorrhagies qui étaient de nature, on le comprend, à frapper très-vivement et malade et médecin, de sorte qu'il ne faut pas s'étonner qu'on en ait parlé assez longuement toutes les fois qu'on s'est occupé de la fièvre jaune. « Il est incontestable, dit Dutrouleau, que la fièvre jaune est caractérisée par une altération profonde du sang, de sorte qu'on peut dire que, dans tous les cas, légers ou graves, le sang a éprouvé une atteinte directe qui le rend momentanément plus ou moins impropre à l'entretien de la vie régulière. Il est indiscutable que le sang a, dans la fièvre jaune, une fâcheuse tendance à s'épancher au dehors des vaisseaux qui le contiennent à l'état normal, mais il serait inexact de dire que les hémorrhagies, les suintements sanguins sont le symptôme pathognomonique de la maladie ; plus inexact encore de soutenir que cette hémophylie mesure la gravité de l'affection, car on voit quelquefois des écoulements de sang assez sérieux et même assez dangereux, survenir dans l'atteinte du premier degré, tandis, au contraire, qu'il n'est pas rare de voir des atteintes du deuxième et du troisième degré se manifester et mener le malade soit à la guérison, soit à la mort, sans qu'on

ait pu constater l'épanchement au dehors des vaisseaux d'une seule gouttelette de sang. »

Ceci étant dit pour montrer l'irrégularité du phénomène de l'affection, nous ajouterons que l'hémorrhagie par la bouche, le nez, le vagin chez les femmes est la plus fréquente, elle peut prendre parfois un caractère inquiétant qui réclame l'emploi des hémostatiques trop souvent absolument impuissants.

Les troubles cérébraux se produisent souvent à cette époque. Ils sont en général peu accusés quand le sujet doit guérir. C'est tantôt quelques hallucinations, un cauchemar qui se montre dès que le sommeil semble vouloir venir ; quelques plus rares fois une légère excitation de la parole, qui est d'autant plus insolite, que l'état général du malade indique l'adynamie.

Notons que quelquefois le délire complet même se montre, et qu'il n'est pas incompatible encore avec la guérison, à condition de ne pas durer longtemps.

Après une durée de trois ou quatre jours, ces symptômes de la seconde période s'amendent lorsque la maladie doit avoir une issue heureuse, et le sujet va marcher vers la guérison d'une manière assez chancelante et assez fragile d'abord, mais qui s'assure peu à peu d'une manière satisfaisante.

La soif se modère peu à peu ; les nausées et les vomissements diminuent, puis s'arrêtent, ne conservant que les caractères d'une susceptibilité stomacale excessive, et pouvant être assez bien évités par une extrême attention dans l'alimentation et l'ingurgitation des liquides.

La chaleur de la peau continue à baisser et se rapproche du degré physiologique. La sécheresse fait place à un peu de moiteur de bon augure ; mais ici n'oublions pas de dire que si cette moiteur précède une sueur plus abondante, le praticien a lieu d'être sérieusement préoccupé. Si, surtout, la sueur n'est pas en rapport avec une amélioration franche et bien marquée, c'est-à-dire avec un abaissement sensible de la température, on peut craindre des complications ultérieures. Les médecins qui ont longuement pratiqué dans les pays chauds, Dutrouleau, par exemple, ont souvent répété qu'il fallait grandement se méfier des sueurs dans la fièvre jaune.

Le pouls prend plus de force et d'ampleur ; il est régulier et on sent à son inspection que les choses marchent vers une amélioration heureuse, d'une manière naturelle et progressive quand il présente une sorte de quiétude de bon aloi.

Si le malade était agité, on voit cette agitation se calmer. On

voit quelquefois, à cette période, réapparaître un peu de céphalalgie et un peu de douleur lombaire ; mais lorsque ces phénomènes ne sont pas l'indice d'une aggravation imminente, s'ils n'ont ni grande acuité, ni grande persistance.

L'insomnie est trop souvent un phénomène observé dans les cas qui nous occupent, et elle peut, à elle seule, constituer une sorte d'arrêt dans la marche vers la guérison ; aussi faut-il, le plus souvent, agir sur elle d'une manière assez résolue. Notons que les hypnotiques ne réussissent pas toujours à la vaincre, parce qu'elle est souvent un symptôme de la maladie, l'indice d'une rechute ou d'une aggravation imminente, et on comprend que, dans ces cas, parvenir à faire reposer tranquillement le malade serait avoir trouvé un moyen de le guérir.

L'ictère persiste et augmente même dans quelques cas pendant quelques jours. On ne peut rien dire de précis touchant ce phénomène ; car si, dans la majorité des cas, il n'est pas très-accentué, dans nombre de circonstances il est intense comme dans l'ictère proprement dit et varie depuis le jaune-paille jusqu'au jaune-ocre.

Les hémorrhagies, si elles avaient paru peu après la rémission, ont, au moment qui nous occupe, une fâcheuse persistance pendant plusieurs jours. Si, au contraire, ces hémorrhagies n'avaient pas encore eu lieu, elles apparaissent parfois dans le moment actuel, et il faut que le médecin s'occupe, dans certains cas, d'elles d'une manière attentionnée, car elles affaiblissent rapidement et de la manière la plus inquiétante le sujet.

Bref, peu à peu les accidents se calment, et cela d'une manière lente et progressive. Le malade entre bientôt en convalescence, et le sujet comme le médecin peuvent à bon droit se féliciter, car les dangers courus ne manquent pas d'avoir été sérieux. Trop souvent, malheureusement, la vie à été détruite dans son essence, et la mort est la conséquence de l'atteinte du second degré ; dans ce cas, voici en général comment les choses se passent :

Après la courte période de tranquillité qui a mérité dans ce cas plus que jamais le nom de mieux de la mort, mais pendant laquelle la continuation de l'élévation de température a révélé au médecin que toute crainte ne devait pas cesser, bien au contraire, on voit les divers phénomènes prendre une sévérité de très-mauvais augure. C'est ainsi, par exemple, que la soif prend une intensité et une persistance qui tiennent de

la souffrance et qui vont torturer souvent le malheureux d'une manière d'autant plus triste, qu'un feu intérieur semble le dévorer, et que la moindre parcelle de liquide introduite dans l'œsophage produit aussitôt des efforts de vomissements extrêmement pénibles.

L'agitation augmente ou au moins persiste au lieu de se calmer ; souvent la céphalalgie, les douleurs des reins, les inquiétudes des membres se montrent de nouveau et prennent une acuité et une persistance telles, que le sujet en est grandement incommodé ; quelquefois, au contraire, le malade tombe dans un état de prostration de fâcheux augure et constituant une complication très-sérieuse pour le moment présent.

La respiration se ralentit, elle perd de la régularité qu'elle avait précédemment et qu'on observe dans les cas qui doivent tirer à bonne fin. Elle est d'abord un peu saccadée, puis devient inégale, suspirieuse. En même temps que les autres phénomènes s'aggravent, elle prend un caractère de plus en plus fâcheux, en s'écartant du rhythme normal.

La température reste au degré de 38 ou 38,5 aux moments où elle est la plus basse, des exacerbations plus ou moins fréquentes et plus ou moins prolongées la font monter souvent jusqu'à 39, ou 39,8.

Le pouls perd peu à peu de sa force et de son ampleur en même temps qu'il augmente de fréquence ; il devient irrégulier et son examen est bien fait pour indiquer à l'observateur que l'immense perturbation que vient d'éprouver le sujet a brisé les ressorts de son existence. Parfois le pouls diminue au point de devenir insensible à la radiale pendant douze, quinze, vingt-quatre heures avant la mort ; il pourrait indiquer au besoin, si d'autres phénomènes plus saillants ne s'en chargeaient pas, la prochaine et triste issue de la maladie.

La langue se sèche, elle semble se rapetisser, elle devient pointue, et, suivant les cas, elle a des caractères différents. Ainsi, assez souvent elle est rouge d'abord comme si elle avait été le siége d'une desquammation épithéliale, puis elle arrive peu à peu à cet état de sécheresse et de rapetissement qu'on a appelé *langue rôtie*. Elle peut conserver ainsi cet aspect pendant l'évolution de la maladie sans présenter de changements notables.

D'autres fois elle présente des fissures qui aboutissent bientôt à des hémorrhagies plus ou moins abondantes et qui lui donnent une couleur noire, brunâtre ou rouge-brun en même temps qu'elles produisent des fuliginosités sur les gencives, les dents

et les lèvres. Parfois le sang se dessèche au-dessus de la langue sous forme de nappe, tandis que le suintement continue à se faire au-dessous. L'organe conserve alors une mollesse qu'il n'a pas lorsque le sang ne vient pas combattre continuellement la tendance à la sécheresse, et pour ainsi dire à la dessiccation qu'il a du fait de la maladie.

Dans nombre de cas, les vomissements sont extrêmement pénibles et sont accompagnés d'anxiété, de sensation de chaleur, de brûlure le long de l'œsophage, jetant le malade dans un état de prostration indicible d'abord, puis survenant sans phénomènes précurseurs quelquefois et comme par une contraction instantanée du ventricule, par régurgitation en un mot.

La couleur et la nature des vomissements se modifient quelquefois à ce moment ; ils deviennent grisâtres ou bien contiennent des stries noires dont il faut chercher l'origine, quand on n'est pas encore fixé d'une manière définitive sur le pronostic. On observe même, dans le cas qui nous occupe, de véritables vomissements noirs; mais c'est surtout dans les formes prochaines que nous verrons les réjections stomacales prendre ce caractère spécialement funeste. Ici la mort peut très-bien survenir sans que ce vomissement noir ait été constaté.

Les selles prennent de leur côté la coloration brune et bientôt noire, si des hémorrhagies du tube digestif se produisent. Dans quelques cas, elles ont ces caractères plus accentués que ne le présentent les vomissements, ce qui tient à un mécanisme très-facile à comprendre.

Une hémorrhagie peut augmenter d'activité au point de provoquer la mort, et c'est dans ces cas qu'une métrorrhagie chez les femmes, qu'un épistaxis, qu'un écoulement de sang par les gencives ou les parois buccales peut obliger les médecins à lutter par tous les moyens de l'art, trop généralement impuissants, dans ces cas, il faut bien l'avouer.

Le malade tombe parfois dans un état de coma qui durera jusqu'à la fin de son existence, sans que les révulsifs et les efforts du traitement puissent le combattre efficacement; quelquefois, au contraire, le délire se met de la partie ou augmente et se complète s'il existait depuis la fin de la rémission. Ce délire est très-variable. On l'a noté agité, tranquille, plaintif, furieux, gai ; il est également triste pour l'observateur qui y voit l'indice d'une terminaison funeste et qui ne peut y apporter aucun soulagement efficace.

Nous avons dit que la respiration est irrégulière, qu'elle

devient bientôt suspirieuse, incomplète, elle est entrecoupée de temps en temps par un spasme de hoquet. Inutile de dire que ce hoquet est un symptôme extrêmement fâcheux.

On comprend que, sous l'influence de ces troubles si profonds de la respiration, l'hématose ne se fait plus; on voit aussi survenir les phénomènes de l'asphyxie, cyanose des extrémités, refroidissements partiels; sueurs perlant sur une peau froide et visqueuse quand le creux de l'aisselle indique une persistance de la température fébrile. Nous avons dit que le pouls tombe et devient insensible dans les grosses artères mêmes. En un mot, on sent que la mort est prochaine.

Les urines, albumineuses d'abord, diminuent, puis se suppriment vers la fin de la maladie, et il n'est pas rare que, pendant les dernières vingt-quatre heures, l'anurie la plus complète soit observée, anurie due évidemment à un arrêt de la fonction rénale comme se charge de le montrer l'autopsie.

Quelquefois des mouvements convulsifs et même de véritables convulsions terminent la scène d'une manière brusque ; d'autres fois c'est par un affaiblissement graduel que s'éteint le malade. Condition plus terrible peut-être que les autres, parce que le malheureux dont l'intelligence reste nette a conscience de son triste état et de sa mort prochaine.

Si on a suivi avec quelque attention notre exposition, on a vu que la fièvre jaune du second degré présente les deux périodes bien tranchées et à peu près également pondérées, séparées par la transition appelée *le mieux de la mort.* C'est donc la fièvre jaune complète et lorsque le sujet a eu le grand bonheur de s'en relever, il a acquis une assuétude à peu près absolue tant qu'il restera dans les foyers du typhus amaril.

La description que nous venons de faire de la seconde période de la fièvre jaune nous montre que des phénomènes très-différents les uns des autres, et souvent incompatibles lui sont assignés, de sorte que, pour ne pas rester dans un vague très-obscur, il faut faire des catégories différentes. C'est ainsi qu'on peut admettre diverses formes que nous étudierons d'ailleurs plus en détail, en parlant du troisième degré pour ne pas répéter deux fois la même chose.

3e *Degré. — Fièvre jaune grave.*

Si nous avons fait pressentir que le second degré de la fièvre jaune est une atteinte grave portée à la vie des sujets; *a fortiori*,

allons-nous trouver que le 3e degré constitue un très-grand danger pour ceux qui en sont atteints. L'existence n'est pas fatalement brisée, il est vrai, par elle, mais la terminaison est si fréquemment funeste, qu'il faut considérer la guérison comme l'extrême exception. D'ailleurs, tout dans les allures de la maladie va nous montrer une gravité bien faite pour venir à bout de la vie ordinairement.

1re *période.* — Ici encore nous avons deux catégories à établir pour ce qui est de la première période de la maladie : en effet, dans certains cas, l'atteinte a une apparence très-sévère, et est bien caractérisée dès le premier moment, c'est l'attaque franche. Dans d'autres, au contraire, elle est insidieuse et conserve pendant quelque temps un masque d'apparente indécision qui peut être plus fâcheux que l'exagération des phénomènes morbides du premier groupe.

A. *Cas qui débutent franchement :*

Comme pour les degrés précédents, l'atteinte est brusque, le sujet est souvent pris au milieu de la santé, soit après une fatigue, une émotion, une exposition au soleil qui ont pu être considérées comme cause déterminante de la maladie ; soit au contraire au milieu de la nuit et après un sommeil qui paraissait calme jusque-là. Les cas où des prodromes avaient existé pendant quelques jours semblent fréquemment appartenir à la catégorie des insidieux.

L'atteinte est généralement signalée par un frisson assez violent, et notons que bien que l'intensité de ce frisson ne soit pas toujours un indice en rapport rigoureux avec la gravité du mal, il n'en faut pas moins constater que souvent il a une certaine concordance avec elle. C'est-à-dire, pour exprimer toute notre pensée, que dans les cas francs, il peut bien se faire qu'un violent frisson ne soit que le début d'une atteinte du second degré, mais dans une atteinte franche du troisième degré, c'est un violent frisson qui ouvre la scène pathologique ordinairement.

Ce frisson alterne avec des bouffées de chaleur, il se reproduit après avoir cessé depuis plusieurs heures ; il est en un mot comme indécis, revenant sous le moindre prétexte, — bien différent en cela du frisson de l'accès paludéen légitime et simple. Bref, on sent à ces oscillations de mauvais caractère que le sujet est sous le coup d'une atteinte extrêmement grave.

Les douleurs de tête, la rachialgie qui apparaissent presque

aussitôt, sont le plus souvent intolérables et arrachent bientôt des cris au malade qui accuse en même temps des douleurs fulgurantes dans les membres et qui se meut perpétuellement dans son lit sans pouvoir trouver une position supportable.

Sous l'influence de cette attaque violente et brusque, les forces du sujet sont rapidement brisées, aussi la déambulation devient bientôt impossible et moins d'une heure après le début, c'est-à-dire après le moment où le patient paraissait en état normal de santé, il n'y a plus que la position couchée qui lui convienne et encore dans quel état d'anxiété n'est-il pas!

La chaleur de la peau s'est élevée rapidement, elle est âcre de manière à donner à la main une sensation très-désagréable. La sueur fait défaut très-habituellement à ce moment; nous la verrons plus fréquente et constituant souvent un symptôme fâcheux à une période plus avancée de la maladie. Mais dans le moment présent elle se manifeste par bouffées incomplètes et fugaces comme la chaleur et le frisson, indice de l'état d'agitation désespérée de l'organisme, qu'on me passe le mot. La moiteur, quand elle se montre, est froide et visqueuse. On sent instinctivement qu'elle est de mauvais augure ; étant plutôt un phénomène d'asphyxie cutanée, l'analogue de la sueur qui accompagne le choléra grave ou l'accès pernicieux algide, que la franche réaction d'un mouvement fébrile qui tire à sa fin.

Le pouls est concentré, dur, allant de 100 à 110 pulsations et donnant souvent l'impression d'une vibration qui est presque un tremblotement; il est souvent irrégulier et ces phénomènes joints à l'état d'agitation, d'anxiété ou de frayeur que l'on observe coïncidemment, sont bien faits pour indiquer à l'observateur que le sujet reçoit un terrible assaut dans lequel la vie sera très-probablement brisée.

Le facies est rouge d'une manière fort accentuée, et même alors que le sujet présentait, avant son atteinte, les attributs de l'anémie, son teint est momentanément très-coloré. On voit souvent apparaître déjà à cette époque une couleur ictérique des conjonctives et de la peau qui donne un aspect particulier à la rougeur et qui est un signe pronostique fâcheux. Les conjonctives sont injectées par une fine arborisation sanguine qui leur donne une couleur rouge intense. Mais, comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, il faut bien distinguer l'hypérémie naturelle au degré actuel du commencement d'inflammation qui succède parfois à cette hypérémie. Les yeux sont comme larmoyants, on les a comparés assez bien aux yeux rouges du

lapin albinos. Les paupières sont parfois légèrement chassieuses.

La respiration est élevée, précipitée, anxieuse, indice que l'hématose ne se fait pas, et que cette hématose a éprouvé une atteinte profonde. Elle constitue ainsi par son éloignement du rhythme normal, un caractère très-remarquable et auquel le praticien doit faire grande attention, car, comme nous l'avons dit, elle peut grandement servir au pronostic qu'elle montre avec les couleurs les plus sombres, quand elle présente des irrégularités qui le différencient notablement de l'état physiologique.

La parole est brève, saccadée, entrecoupée, quelquefois comme tremblante; le malade ne répond qu'incomplétement aux demandes qu'on lui fait, il est incapable de parler longuement de son état, le cours de ses idées est en effet si souvent arrêté par une douleur, un spasme, un mouvement inconscient, que c'est par lambeaux de phrases qu'on obtient les renseignements qu'on lui demande.

Ces divers phénomènes donnent presque aussitôt au malade un aspect effrayé, agité, qui doit être noté comme un signe de très-mauvais augure et qui est saisissant du premier coup d'œil, non-seulement pour le médecin, mais même aussi pour le vulgaire.

La soif est ardente, inextinguible; le malade est poursuivi par un immense besoin de boire, et rien ne peut le désaltérer. Bien plus, sa situation est d'autant plus triste que les boissons qu'il prend ne sont pas absorbées; elles vont provoquer des efforts de vomissements extrêmement pénibles dans le moment présent et d'un fâcheux augure pour l'avenir.

Les vomissements qui se sont montrés au début persistent et même si, dès le premier moment de l'atteinte, ils n'ont pas été observés, on peut compter qu'on les verra survenir dès le premier ou le second jour. Ils succèdent à des nausées et des crachotements, et prennent rapidement un caractère fâcheux, tant par l'appareil symptomatique qui les accompagne, que par les modifications de nature qu'ils présentent assez rapidement parfois.

Bientôt la langue devient pointue et tremblotante, elle tend rapidement à se sécher, prenant un aspect qui à lui seul est déjà de très-mauvais augure. Aussi après avoir paru cotonneuse, comme on dit, tout à fait au début, elle est rapidement devenue rouge d'abord et lisse comme si elle avait subi une desquamation épithéliale. Elle portera le plus souvent bientôt des fis-

sures qui seront comme l'indice d'une dessiccation qui commence et qui vont être prochainement et presque toujours le siége de l'origine de suintements sanguins qui modifieront profondément l'aspect de l'organe et même de la bouche en entier. Au début, l'enduit gingival s'était montré dans le troisième degré, comme dans les précédents, il était même très-accentué et accompagné d'un état congestif de la muqueuse, qui semblait destiné à favoriser l'apparition des hémorrhagies passives de cette région.

Ordinairement il y a de la constipation dans ce degré, on dirait que la gravité de l'atteinte subie par le malade a arrêté les fonctions de la digestion intestinale, d'une manière complète. Ce n'est que dans quelques épidémies spéciales qu'on a noté au contraire des déjections diarrhéiques qui n'ont, d'ailleurs, aucun caractère pathognomonique, ni aucune importance symptomatique. L'érythème scrotal est, en général, plus accentué encore dans le troisième degré que dans le second, mais il peut se faire que dans quelques épidémies ou chez quelques malades, il ne soit pas excessif. Notons, cependant, que c'est surtout dans le degré actuel qu'il a été très-intense, au point de provoquer quelques rares fois la mortification d'une portion assez étendue de la peau des bourses.

Les urines sont rares, d'une émission chaude et douloureuse, contiennent de l'albumine en très-notable quantité, et bientôt, dans certains cas, très-graves, se tarissent complétement pendant un, deux, trois, cinq jours même. Nous parlerons des diverses particularités présentées par les urines, dans le chapitre IV qui fera l'analyse des symptômes de la maladie.

On comprend que se trouvant sous le coup d'une aussi terrible atteinte, le malade ne peut se livrer au sommeil; il va rester ainsi agité et se débattant sous l'étreinte de la puissante attaque qu'il subit, tant que la première période durera. On voit que le malheureux est dans un triste état, bien capable d'exciter la compassion du plus indifférent.

B. *Cas où la maladie débute insidieusement.*

Ce que nous avons dit en parlant du deuxième degré touchant les cas insidieux nous permet d'être très-bref ici, car nous comprenons facilement par la pensée quelles sont les formes que l'insidiosité peut revêtir dans le moment actuel. Passons à la description des autres phénomènes; néanmoins nous allons

fournir un exemple de cette insidiosité qui nous est donné par notre éminent prédécesseur Câtel, dont la grande figure revient à tout instant à la pensée de ceux qui étudient la fièvre jaune de la Martinique.

Câtel signalait, en effet, dans le second trimestre de 1839, la forme insidieuse de la fièvre jaune. Cette forme est très-difficile à diagnostiquer, serait même, disait-il, impossible à reconnaître hors les moments d'épidémie, car les sujets se plaignent seulement d'une faiblesse générale, continuant à se lever, demandant même à manger et succombant tout à coup de la manière la plus inattendue. Il donnait l'exemple suivant, qui est en effet frappant :

Extrait du rapport du second trimestre de 1839, *pour l'hôpital de Saint-Pierre. — Fièvre jaune insidieuse terminée par la mort.*

Payssat, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fusilier, entre à l'hôpital de Saint-Pierre, le 28 juin 1839; — il a le pouls fébrile, la face légèrement colorée, les pupilles dilatées, la langue rouge sur les bords, blanchâtre au centre, — il ne se plaint que d'un mal de dents, auquel il rapporte tout ce qu'il éprouve. Mais, ayant reconnu dans l'ensemble des symptômes que présente Payssat, les caractères d'une des formes du typhus ictérode, nous prescrivons une saignée au bras et quarante sangsues à l'épigastre que le malade refusa. En vain voulons-nous lui faire comprendre qu'il est menacé d'une maladie grave, s'il ne consent à se soumettre au seul moyen de prévenir des accidents graves, rien ne peut le décider. Ce n'est que le sixième jour de son admission à l'hôpital, le huitième de la maladie, qu'on parvient à lui appliquer une trentaine de sangsues à l'épigastre, mais le moment opportun est déjà passé, la maladie quoique lente, dans sa marche, a fait trop de progrès pour céder à ses agents thérapeutiques. — Les hémorrhagies, l'ictère, la suppression des urines, le vomissement noir surviennent et le malade est enlevé le douzième jour d'une maladie qu'il avait considérée comme une simple indisposition.

Revenant à la description de la maladie au degré et de la variété qui nous occupe actuellement, nous dirons que la première période dure en général assez peu, et après un intervalle qui varie entre douze heures et deux jours, on voit survenir la rémission qui, plus que dans les autres degrés que nous avons étudiés, peut être appelée *le mieux de la mort.*

Cette rémission des symptômes généraux qui n'est pas accompagnée d'un abaissement sensible de la température axil-

laire est courte, mal accentuée et comme fugace. Les sueurs qu'on observe à ce moment sont froides et visqueuses comme dans le choléra ou l'accès pernicieux, avons-nous dit, et donnent au praticien la crainte d'une issue funeste au lieu de l'espoir d'une amélioration, car elles sont l'indice d'un effort impuissant de réaction de la puissance vitale du sujet.

Le pouls perd assez vite sa force et son amplitude, tout en conservant ses caractères d'irrégularité et, pendant un temps, son tremblotement; il devient mou et dépressible; il semble que la moindre pression est capable d'oblitérer les canaux artériels. Le rhythme tombe parfois à 50, 45 pulsations; quelques observations ont noté qu'il était tombé à 40 et même à 36, indice de la plus extrême gravité et d'une terminaison fâcheuse sans aucun espoir de rémission favorable; mais c'est la rareté, le plus souvent il oscille entre 60 et 50.

Le pouls reste dans cet état pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et peut, par la précocité de ses modifications, donner au praticien attentionné de précieuses indications à une époque où les autres phénomènes n'ont pas pris encore le degré d'accentuation qui ne permettra plus aucun doute sur la probabilité de l'issue funeste.

Quand l'inflammation des conjonctives n'a pas succédé à leur hypérémie primitive, c'est-à-dire le plus souvent, la vascularisation de la muqueuse oculaire diminue, un fond jaune se manifeste et va prendre de plus en plus le pas sur la coloration rouge qui s'atténue et disparaîtra bientôt. Il semble que, dans ce degré plus que dans les précédents, la coloration jaune se hâte d'apparaître aux conjonctives, de telle sorte que les yeux prennent plus vite et plus sûrement ce que nous avons vu appeler la couleur minium par Dutrouleau; puis l'ictère s'affirmant de plus en plus, il arrive bientôt que les yeux sont entièrement jaunes.

La facies a pâli d'une manière très-notable et d'autant plus appréciable même que la coloration rouge et l'aspect animé de la face étaient plus accentués; on a dit avec raison qu'il y a quelque chose de frappant dans cette évolution quand on suit le cours d'une atteinte de fièvre jaune, c'est qu'en effet, de l'aspect du premier jour à celui du quatrième, même avant que les phénomènes de décomposition se soient manifestés par des vomissements incoercibles et des hémorrhagies, il y a quelque chose de saisissant : à l'expression de la douleur vive et agitée du premier moment a succédé un aspect de souffrance profonde

et de dépression de l'organisme bien fait pour laisser des traces indélébiles dans l'esprit de l'observateur.

La soif prend souvent le caractère d'une torture horrible, d'autant que la moindre goutte de liquide ingérée ne fait que provoquer de très-pénibles efforts de vomissements, sans calmer, dans la moindre limite, cette ardeur intolérable qui dévore le sujet.

L'ictère se montre bientôt; comme nous l'avons dit précédemment, on ne peut établir une règle constante pour ce qui est de l'intensité de coloration; en effet, cette couleur jaune varie d'un individu à l'autre et de la teinte jaune-paille à la teinte jaune-ocre. — Il n'est pas rare de le voir plus intense à certaines régions qu'à d'autres, et même quelques observateurs ont décrit un ictère aux plaques violacées ou livides qui se montrent dans les cas de longue durée et à la période asphyxique; ils l'ont considéré comme de nature ecchymotique, — étant dans ce cas l'indice de la cessation d'hématose dans tel ou tel endroit.

La langue se fendille davantage quelquefois et mérite plus que jamais l'appellation de langue rôtie; elle est alors très-diminuée de volume et souvent réduite à l'état d'un petit moignon peu saillant; d'autres fois au contraire, les fissures commencent ou continuent à donner du sang, et l'organe est le siége d'une hémorrhagie qui peut varier dans toutes les limites possibles.

Les vomissements, quand ils existent, augmentent de fréquence et fatiguent d'abord le malade horriblement, puis se font quelquefois d'un coup, et comme si l'estomac trop plein débordait d'une manière instantanée. Leur couleur se modifie rapidement. — Ils perdent l'aspect aqueux qu'ils avaient au début. — Tout d'abord formés d'un liquide incolore et légèrement louche qu'on pourrait regarder comme du mucus stomacal sécrété en plus grande quantité, — puis des stries noirâtres nagent dans le liquide qui devient grisâtre plus foncé.

D'autres fois on leur voit prendre la couleur brune qui peut varier depuis l'aspect du chocolat au lait très-clair jusqu'à celui du chocolat à l'eau, du café noir plus ou moins chargé, d'un liquide aqueux brunâtre laissant déposer une poudre ou une boue noirâtre, enfin les mille variations qui ont été attribuées par les auteurs au *vomito negro*. — Nous aurons à nous occuper d'une manière spéciale faisant analyse des symptômes dans le chapitre IV.

A cette époque il y a assez souvent des déjections alvines de consistance diarrhéique et qui présentent soit le caractère fécal, soit l'aspect noirâtre que l'on a noté aux vomissements et dans ce dernier cas, on dirait que les deux excrétions par les vomissements et les selles sont complémentaires, c'est-à-dire qu'une d'elles est d'autant plus abondante que l'autre l'est moins pour l'évacuation de la matière noirâtre précitée.

Si l'on a appliqué des sangsues pendant la première période, on voit souvent leurs piqûres se rouvrir et donner lieu à un écoulement de sang, avant même que les hémorrhagies apparaissent par les ouvertures naturelles. On a noté l'écoulement exagéré de sang par les surfaces dénudées des vésicatoires ou des plaies accidentelles.

Si la maladie se prolonge, on voit apparaître des ecchymoses qui sont l'indice d'hémorrhagies interstitielles, et il n'est pas rare de voir celles-ci prendre une extension très-grande qui fait pronostiquer sûrement la mort, montrant que, même dans le cas où la maladie s'arrêterait dans ce moment, la réparation ne serait plus possible.

Le délire se montre avec les mêmes caractères que nous lui avons assignés en parlant du degré précédent. — Ajoutons cependant que tantôt il devient plus rapidement furieux, tantôt il reste gai ou tranquille, et souvent il se manifeste par des cris perçants et intermittents, des grincements de dents avec écume à la bouche qui sont extrêmement pénibles pour les voisins et qui ont parfois nécessité l'isolation du malheureux.

Souvent il arrive que le sujet tombe rapidement dans le coma, et il reste parfois dès lors dans un état semi-convulsif qui se rapproche assez de celui des épileptiques après les fortes convulsions du début de l'attaque.

La respiration devient suspirieuse, puis bientôt l'hématose ne se faisant plus, le malade s'asphyxie; la respiration est alors inégale et d'un rhythme intermittent à intervalles très-mobiles. On sent, en un mot, que l'innervation est si profondément atteinte, que le jeu des ressorts de la vie est brisé; s'il se manifeste encore, c'est d'une manière si incomplète et si inégale, qu'il ne pourra pas entretenir pendant bien longtemps encore cette existence qui a été frappée dans son essence par la maladie.

Le pouls cesse parfois de battre aux radiales pendant plus ou moins longtemps, et il arrive souvent que douze, quinze, vingt-quatre heures avant la mort, le sang artériel semble avoir arrêté

son cours dans certaines parties des membres. C'est à peine si l'on sent les pulsations de la partie inférieure de la brachiale ou de la fémorale au pli de l'aine. Lorsque, après les disparitions plus ou moins prolongées des pulsations, on les perçoit de nouveau, on ne doit avoir aucun espoir, car la vie est irrémissiblement brisée, et ces efforts de réaction dont la réapparition des pulsations est l'indice ne peuvent, en aucun cas, aboutir à la guérison.

La peau se couvre par moments de gouttelettes d'une sueur froide qui a les caractères fâcheux que nous lui avons assignés deux fois déjà à un intervalle assez rapproché.

De larges plaques jaunes marbrent son corps de pétéchies paraissant parfois, et il n'est pas rare de voir des ecchymoses, des suffusions sanguines apparaître sur divers points et préparer de vastes gangrènes si la vie se prolonge. Ajoutons que, dans la forme hémorrhagique, les ouvertures naturelles laissent couler un sang noir et poisseux, qui, mêlé aux liquides digestifs altérés, présente l'aspect repoussant d'une décomposition prématurée.

On a vu à ce moment des parotides se manifester, n'ayant pas le temps en général d'atteindre la période de suppuration, mais faisant, avec juste raison, craindre qu'un foyer d'infection de pus ne vienne s'ajouter aux si nombreux qui existent déjà.

Des mouvements convulsifs et parfois de véritables convulsions terminent souvent la scène d'une manière assez brusque. D'autres fois c'est une épistaxis, une hémorrhagie anale qui termine la vie, malgré les efforts les mieux dirigés et l'emploi de tous les hémostatiques possibles; enfin, quelquefois le sujet s'éteint peu à peu sans souffrance et comme par le progrès de l'adynamie.

Il arrive parfois que, malgré cette excessive gravité des phénomènes, la vie se prolonge deux, trois, cinq jours même au delà de ce que l'on pouvait penser; si bien que la maladie a duré douze à quinze jours; temps très-long et souvent amoindri par un accident. Dans ce cas, le malheureux est un véritable cadavre, n'ayant de la vie que quelques mouvements de la respiration et quelques douleurs parfois; mais déjà décomposé et infect.

J'ai réuni dans des tableaux que je fournirai plus loin un certain nombre de cas de fièvre jaune du 3e degré, pour déterminer les chiffres moyens de la température axillaire, et voici les résultats auxquels je suis arrivé pour dix-sept cas ayant eu

une marche rapide, et pour cinq cas ayant eu une marche lente. — *Marche rapide* : premier jour 40,1-40,2. — Deuxième jour 40,2-40,4. — Troisième jour 40,2-40,1. — Quatrième jour 39,7-39,4. — Cinquième jour 39,1-39,1. — Sixième jour 39,0-39,8, la mort arrive souvent alors. — Septième jour 39,9, la mort survient presque toujours alors si elle a tardé jusque-là. — *Marche lente* : premier jour 40,8-40,4. — Deuxième jour 40,3-40,7. — Troisième jour 40,3—39,9. — Quatrième jour 40,0—39,5. — Cinquième jour 39,2—39,4. — Sixième jour 38,8—39,0. — Septième jour 38,7—39,3. — Huitième jour 38,7—39,3. — Neuvième jour 38,4—38,9. — Dixième jour 38,1—38,0. — Onzième jour 38,2—38,2. — Douzième jour 39,5—39,6. — Treizième jour 39,5—40,0. — Quatorzième jour 39,0—39,4. — Quinzième jour 39,0—40,0. — Ces chiffres concordent assez bien avec ceux que j'ai trouvés dans un excellent travail que m'a communiqué mon savant camarade, le docteur Burot, médecin de 1re classe de la marine.

Tous les malades atteints du troisième degré de la fièvre jaune sont voués à une mort certaine, peut-on dire, car si on a vu quelques guérisons survenir, on doit convenir qu'elles sont assez rares, pour ne pas pouvoir entrer en ligne de compte, Mais tous les malades ne se ressemblent pas; ainsi, chez les uns, les hémorrhagies sont le phénomène le plus saillant de la seconde période; chez d'autres, c'est le vomissement; quelques-uns ont un délire intense; d'autres sont dans un état comateux, etc. En d'autres termes, si on veut ne pas faire une description contenant le résumé de tous les symptômes et ne ressemblant à aucun cas en particulier, il faut admettre diverses formes qui permettent de grouper et de catégoriser les divers accidents qui se présentent au cours de la maladie.

N'oublions pas de dire aussi que, non-seulement il y a des formes différentes de la maladie dans une même épidémie, mais que les diverses épidémies diffèrent les unes des autres, de manière à présenter chacune son cachet particulier. La fièvre jaune ressemble en ceci au choléra, à la variole et en général à toutes les maladies épidémiques qui, à chaque bouffée, présentent un caractère spécial qui les distingue des autres, sans cependant altérer très-sensiblement l'aspect propre de l'affection.

Combien y a-t-il de formes différentes de fièvre jaune? On comprend que la réponse a été différente, suivant les auteurs et suivant les époques, de sorte qu'il est assez difficile de s'entendre sur ce sujet. Nous avons cependant besoin de nous arrê-

ter ici à une classification pour faire le tableau aussi exact que possible des diverses variétés de la maladie.

Béllot de la Havane a proposé une division des diverses variétés ou formes de la fièvre jaune d'après la prédominance des lésions et des symptômes de chaque région organique, d'après les idées de l'école physiologique. C'est ainsi qu'il reconnaît :

1° Le type gastrique aigu ; 2° le type entéro-hépato-gastrique; 3° le type colo-entéro-gastrique ; 4° le type méningo-cephalo-gastrique. La critique d'une pareille classification n'est plus à faire aujourd'hui que les appellations de l'école précitée ne sont conservées qu'à titre de mémoire et pour ainsi dire de curiosité archéologique dans la nosologie.

Chevé, en décrivant l'épidémie de fièvre jaune dont Gorée fut le théâtre en 1830, admit deux formes pour comprendre dans son exposition tous les cas différents : 1° Une forme d'agitation et de souffrances ; 2° une forme de faiblesse adynamique,

Bel, dans l'épidémie du Sénégal, en 1859, admettait trois formes : 1° La cérébrale; 2° l'adynamique ; 3° la gastrique.

Le docteur Lyons de Dublin, qui a étudié l'épidémie de Lisbonne en 1857, admet cinq formes :

1° L'algide ; 2° la sthénique ; 3° l'hémorrhagique ; 4° la purpurine ; 5° la typhique.

La forme algide du docteur Lyons semble n'être qu'une variété des cas sidérants. La forme purpurine est constituée par une couleur rouge intense au début et un ictère aussi accentué pendant la seconde période, ainsi que par des taches purpurines qui se présentent çà et là sous la peau, entourées ou non d'un peu d'œdème. La forme sthénique n'est en définitive que l'atteinte ordinaire accompagnée de phénomènes réactionnels intenses dus le plus souvent à l'état de pléthore et de vigueur des individus.

M. Crouillebois admet six formes différentes de la fièvre jaune : *A.* L'adynamique ; *B.* La congestive ou asphyxique ; *C.* La typhoïde ; *D.* La gastrique ; *E.* L'ataxique ; *F.* L'hémorrhagique.

Les médecins brésiliens cités par le docteur Rey admettent une forme mixte ou bilieuse.

Dans son livre, dont j'ai si souvent parlé, le docteur Cornillac signale six formes principales de la fièvre jaune (p. 422) : 1° La forme gastrique ; 2° la forme adynamique ; 3° la forme ataxique ; 4° la forme congestive ou soporeuse ; 5° la forme algide ou choléroïde ; 6° la forme typhoïde.

Nous adopterons presque la même classification en y apportant cependant quelques légères modifications qui nous paraissent nécessaires. C'est ainsi, par exemple, que nous ferons tout d'abord une grande coupure : *A.* Formes fréquemment observées ; *B.* Formes rares. C'est qu'en effet, dans les épidémies de fièvre jaune, on voit certaines variétés de la maladie constituer la grande majorité des cas et certaines autres se présenter dans des proportions souvent infiniment moindres.

Dans la première catégorie, nous placerons : 1° La forme gastrique ; 2° l'adynamique ; 3° la congestive ; 4° la typhoïde.

Dans la seconde catégorie entreront les formes : 1° hypéresthésique ; 2° gangréneuse ; 3° choléroïde ; 4° hydrophobique.

Avant d'aller plus loin, nous devons nous expliquer au sujet de ce que l'on doit comprendre par ces divers noms que nous avons appliqués aux formes de la fièvre jaune. Nous dirons, pour expliquer notre pensée, que la maladie qui nous occupe se traduit, à nos sens, comme une collection de symptômes appartenant à des séries distinctes, soit par leur affinité physiologique, soit par leur ordre d'apparition. Or, tantôt c'est telle série qui prédomine, tantôt c'est telle autre, et, suivant le cas, nous lui donnons tel ou tel nom, sans cependant que l'individu qui présente la série des phénomènes gastriques, et que nous rangeons dans la forme gastrique, puisse avoir telle autre série, la série des symptômes cérébraux, par exemple, à un degré plus ou moins atténué.

On comprend par la pensée que, dans bien des cas, il sera difficile de rattacher une atteinte que l'on observera dans telle ou telle forme, quand il y aura une pondération assez exacte des divers phénomènes pour qu'aucun d'entre eux n'ait une prédominance trop accentuée. Mais néanmoins, tout en reconnaissant par cet aveu que cette division est purement artificielle, on nous accordera, j'espère, qu'elle a son utilité pour bien fixer les idées sur toutes les variétés possibles du typhus amaril.

A. *Formes fréquentes.*

Nous venons de dire, et d'ailleurs le nom de cette catégorie le prouve très-suffisamment, que ce sont là les variétés qui font le fond de la plupart des épidémies que l'on observe tant à la Martinique qu'ailleurs. Entrons dans leur exposition sans plus tarder.

Forme gastrique.

Comme son nom l'indique, la forme gastrique est celle dans laquelle on voit plus particulièrement des manifestations morbides du côté de l'estomac.

Tantôt ces accidents gastriques ne se montrent que dans la première période, et cessant avec la rémission, ne reparaissent plus. Tantôt, au contraire, ils reparaissent après avoir cessé momentanément pendant cette période de rémission.

C'est surtout pendant l'hivernage qu'on voit le plus fréquemment la forme gastrique beaucoup plus rare pendant la saison fraîche en général, mais cependant il faut reconnaître aussi que, dans quelques circonstances, cette forme gastrique a paru être plus fréquente dans une poussée épidémique que dans une autre, quelle que fût la saison. C'est ainsi, par exemple, qu'elle se montra très-souvent s'accompagnant de vomissements noirs et d'hémorrhagies passives dans l'épidémie de Saint-Pierre de 1856 à 1857, au dire de Ballot et de Chapuis.

La direction du traitement du début, et entre autres l'emploi intempestif de vomitifs, l'abus des boissons même aqueuses fait par le sujet au commencement de la maladie pour étancher une soif insatiable ; des habitudes antérieures d'alcoolisme peuvent favoriser ou déterminer l'apparition de la forme gastrique, de sorte que bien des conditions différentes président, on le voit, à sa manifestation.

Dans la forme gastrique, la langue reste grisâtre et limoneuse, c'est-à-dire de l'aspect appelé saburral, l'épigastre est douloureux et souvent tendu ; une soif ardente dévore le sujet et le sollicite impérieusement à ingurgiter des liquides qui sont eux-mêmes, à leur tour, une cause ou au moins une excuse de réjection pour l'estomac.

Les vomissements provoqués par l'ingestion des liquides, quels qu'ils soient et mêmes spontanés, fatiguent bientôt le malade qui est, on le comprend facilement, dans un état d'anxiété pénible le plus souvent, d'autant que le hoquet, des spasmes stomacaux se mettent bientôt de la partie, de sorte que le malheureux s'agite dans son lit, essaie de se lever à chaque instant ou au moins change de position d'une manière presque incessante.

La nature des vomissements est variable dans la forme gastrique. Ce n'est souvent que la matière même des boissons in-

gérées, mais parfois aussi c'est du mucus stomacal plus ou moins teinté par la bile, puis les diverses variétés de vomissements hématiques. Nous n'avons pas besoin de les décrire en détail en ce moment; nous le ferons dans le chapitre IV en analysant les symptômes de la maladie.

Dans les cas les plus heureux, les vomissements et les spasmes de l'estomac vont en diminuant peu à peu jusqu'à la disparition; mais il arrive trop souvent qu'ils reparaissent après une période de repos qui semble être une amélioration et n'a fait que tromper le malade comme le médecin sur la gravité de l'atteinte. En effet, il arrive maintes fois qu'après la cessation de vomissements purement aqueux et un calme apparent de l'estomac, on voit tout à coup, et avec ou sans signes précurseurs, le vomissement noir se produire. Aussi, une sorte de rémittence dans les symptômes gastriques, c'est-à-dire la reprise des accidents à un degré plus intense, après une période d'amélioration, est-elle très-généralement un très-mauvais signe pronostic.

Les vomissements s'arrêtent parfois quelques heures, vingt-quatre heures même avant la mort, dans la forme gastrique; mais on sent que ce n'est pas une amélioration, car la face s'est crispée, la peau se couvre de sueurs visqueuses, indice d'un trouble profond des fonctions d'hématose. Pour que l'espoir puisse renaître lors de la cessation des vomissements; il faut que tous les appareils jouissent d'une amélioration parallèle bien ménagée, et encore, trop souvent, on aura des déceptions si on compte sur la guérison.

Forme adynamique.

L'adynamie étant à vrai dire le fond de la seconde période de la fièvre jaune, on comprend qu'à la rigueur, on pourrait soutenir que toutes les atteintes de la maladie arrivées à un certain point de leur évolution, lui appartiennent. Cependant on ne donne ce nom qu'aux cas où on note l'exagération de cet affaiblissement de l'organisme.

Sans que nous ayons besoin d'insister longuement, on comprend que c'est pendant la seconde période et non pendant la première, qu'on observe les accidents qui constituent la forme adynamique. Ajoutons que ce que les Anglais ont appelé les *walking cases* (cas promenants) appartient à la forme adynamique; les malades de cette catégorie, font leur maladie debout

pour ainsi dire; ils continuent à vaquer à leurs occupations et lorsqu'ils tombent, ils sont morts quelques heures après à peine.

Ce qu'on a appelé la forme scorbutique n'est en définitive qu'une variété de ces cas *ambulatoires*, dans lesquels on a observé des pétéchies, des ecchymoses, des extravasations sanguines dans les tissus, sans que le sujet paraisse avoir bien conscience de la gravité de son état, jusqu'au moment où la mort survient tout à coup et presque sans avertissement.

La forme adynamique s'observe de préférence chez les individus anémiés par un long séjour dans les pays chauds ou des maladies antérieures. Dans ces cas, on le comprend, la force réactionnelle de l'organisme est si faible, que la première période de la maladie est très-diminuée d'intensité et de longueur. Dans quelques épidémies, en 1869, par exemple, on a noté une plus grande fréquence de la forme adynamique. Cette particularité, jointe à celles que nous avons signalées précédemment, montre que le caractère de la maladie change souvent d'une épidémie à l'autre.

Il n'est pas difficile de faire la peinture de la forme adynamique presque d'un seul mot, en disant que le sujet est profondément prostré, il est pâle, affaissé, ne remue pas dans son lit, l'albumine paraît de très-bonne heure dans les urines et, lorsque l'issue de la forme adynamique doit être funeste, la prostration du sujet, grande déjà, devient extrême; la langue se sèche, se rôtit, se fendille et donne bientôt lieu à un écoulement sanguin. Il n'est pas rare qne des convulsions ou des hémorrhagies incoercibles viennent brusquement terminer la vie à la fin de la période adynamique. Dans quelques épidémies cependant, on a vu cette mort arriver communément, par le fait de l'affaiblissement graduel des malades, sans ces convulsions ou hémorrhagies.

Forme ataxique

La forme ataxique est presque toujours liée à la forme adynamique et semble en être, pour ainsi dire, une complication, de sorte que c'est, à proprement parler, une variété de celle-ci qui ne se voit pas à l'état d'isolation au lit du malade, mais que nous devons envisager séparément, cependant, pour ne pas apporter une obscurité fâcheuse dans notre description.

Les phénomènes de la forme ataxique sont l'indice, on le

comprend, d'une terrible perturbation des fonctions biologiques, aussi ne sommes-nous pas étonné d'apprendre qu'ils sont très-inquiétants pour le pronostic. C'est au début des épidémies et dans les moments où une épidémie est sévère qu'on l'observe de préférence. Notons pour elle, comme pour les autres, que dans certaines poussées on l'a vue être en proportion plus ou moins forte, relativement à la totalité des cas. — C'est ainsi par exemple qu'elle se présentait rarement à Saint-Pierre, pendant l'année 1869.

C'est surtout pendant la seconde période de la maladie qu'on observe la forme ataxique. — Cependant dans quelques cas la violence du début de la fièvre jaune est telle qu'il y a quelques phénomènes ataxiques : agitation, mouvements musculaires désordonnés, exaltation cérébrale, etc., etc. Dès le début ces phénomènes graves, dans tous les cas, et indiquant toujours une atteinte intense, ne présentent pas cependant la gravité de ceux qui surgissent à la seconde période de la maladie, aussi faut-il en tenir compte pour le pronostic.

On a dit que la frayeur de la maladie était une des causes les plus capables d'engendrer la forme ataxique, la chose est bien possible; dans tous les cas l'insolation, l'intempérance, les excès génésiques, la fatigue de tout genre et, en un mot, toutes les causes qui, non-seulement affaiblissent le corps, mais surtout ébranlent le système nerveux, l'engendrent de préférence, au dire de beaucoup de médecins coloniaux.

Dans la forme ataxique il y a un manque de synergie frappant entre les divers phénomènes de la vie; ainsi à côté de l'excitation cérébrale qui provoque le délire ou de celle des muscles qui entraîne des mouvements et des tremblotements on sent le pouls petit, irrégulier, quelquefois intermittent même.

La peau est chaude, sèche, ridée, comme parcheminée et se couvre par moments d'une sueur visqueuse du plus mauvais aloi. L'épigastralgie, le hoquet, l'anxiété rendent la vie du patient extrêmement pénible en ce moment, d'autant que la langue se sèche, se rôtit, pour nous servir d'une expression consacrée, se fendille, se couvre de fuliginosités. — La soif est insatiable et les vomissements ou la dysphagie font que le malheureux souffre véritablement le supplice de Tantale. Bientôt le vomissement prend des caractères alarmants, ou bien le vomissement noir survient presque sans transition, semblant enlever le dernier espoir de conservation de la vie.

D'autre part, la suppression des urines se montre de bonne

heure et par le fait d'un véritable arrêt de la sécrétion rénale, de sorte que le sang, déjà profondément altéré, est bientôt impropre au maintien de l'existence. — Les accidents divers et particulièrement les convulsions viennent souvent doubler la gravité de la situation du moment, et on comprend que dans ces conditions la mort survient vite dans la forme dont nous nous occupons.

Forme congestive ou soporeuse.

Le nom même de cette forme, nous donne des indications sur le phénomène principal de sa symptomatologie. Cette forme n'est souvent, à proprement parler, qu'une terminaison de la fièvre jaune, c'est-à-dire une des complications de la fin, mais d'autres fois, c'est une tendance qui se manifeste dès le moment de la rémission et va s'accentuant davantage à mesure que le temps s'écoule.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la grande gravité des malades de la catégorie qui nous occupe, car la mort survient peut-être plus rapidement dans la forme congestive que dans les autres, soit par la congestion cérébrale, congestion pulmonaire, c'est-à-dire par asphyxie, et c'est dans cette catégorie qu'on a vu parfois la mort survenir avant même que l'ictère n'eût le temps de se montrer et avant que les vomissements ne se fussent déclarés. Notons que l'on a trouvé cependant le plus souvent de la matière noire dans l'estomac, de sorte que l'autopsie a complété un diagnostic que l'absence de quelques symptômes avaient pu rendre douteux pendant la vie.

Les émissions sanguines qui paraissent cependant si clairement indiquées dans le cas qui nous occupe, n'ont souvent pour résultat que l'affaissement plus rapide des forces, de sorte qu'il ne faut pas fonder une espérance sur leur utilité et reconnaître que le sujet atteint par la forme qui nous occupe, semble, dans l'immense majorité des cas, être une victime vouée à une mort certaine.

Forme typhoïde.

La forme typhoïde, de même que l'ataxique, appartient à la seconde période de la fièvre jaune. C'est, dirait-on, un mode de réaction de l'organisme, contre une atteinte puissante dont il a été victime. Elle se présente souvent, ordinairement même, chez

les sujets affaiblis et débiles. C'est la forme habituelle aux femmes et aux enfants que frappe la maladie. C'est par elle que semblent commencer les épidémies qui s'accentuent peu à peu et par des gradations insensibles, de même que c'est par elle que finissent les épidémies qui ne cessent pas brusquement, et dans lesquelles on voit les atteintes diminuer peu à peu de fréquence et de gravité. C'est aussi cette forme typhoïde qui se voit de préférence à bord des navires qui rentrent en Europe, avec une épidémie à bord au moment où ils gagnent les latitudes plus froides.

M. l'inspecteur général Walther l'a signalée avec précision dans sa thèse inaugurale (Montpellier 1855) : Cette forme fut observée en 1841 à bord du transport la *Caravane* dans son voyage de retour, dès qu'on atteignit des latitudes assez élevées pour que la température des jours se fut abaissée au-dessous de dix-neuf degrés centigrades. Mon père l'avait observée à bord de la *Victorieuse* en 1840 dans les mêmes conditions.

Je n'ai pas besoin de décrire la forme typhoïde; les accidents dits typhoïdes sont si bien connus cliniquement qu'il serait inutile de les passer compendieusement en revue. Je n'ai qu'à ajouter que non-seulement on voit pendant la vie les phénomènes de la dothinenterie, mais encore on rencontre à l'autopsie les lésions caractéristiques de cette dothinenterie et notamment l'ulcération, l'hypertrophie des glandes de Peyer.

B. *Formes rares.*

Le nom de cette catégorie nous prévient à l'avance que nous devons nous attendre à rencontrer ces cas à titre d'exception dans les diverses épidémies. Nous verrons même que la dernière d'entre ces formes a été si rarement observée, qu'il a fallu le désir de citer tous les cas possibles pour en tenir compte. Ces formes rares, sont jusqu'ici au nombre de quatre, avons-nous dit : 1° l'hyperesthésique, 2° la gangréneuse, 3° la choléroïde, 4° l'hydrophobique. Voyons-les successivement.

Forme hyperesthésique.

Dans la fièvre jaune, il y a très-généralement des douleurs parfois assez vives, tant dans la première que dans la seconde période, et on ne saurait considérer tous les cas où ces douleurs se présentent comme appartenant à la forme qui nous occupe actuellement, sous peine de les y tous rattacher. Ce n'est que

dans certaines circonstances rares que ces douleurs ont pris une importance telle, qu'elles ont frappé très-particulièrement les observateurs.

Ainsi, par exemple, en août 1821, le docteur Lefort signalait comme fait extraordinaire, et qu'il n'avait pas encore observé jusque-là, des douleurs atroces dans les membres inférieurs, pendant la première période de la fièvre jaune. Dans son rapport de novembre 1828 le docteur Luzeau cite le cas d'un artilleur qui, pendant la première période de la fièvre jaune, eut une hyperesthésie cutanée, telle que la moindre pression sur une partie quelconque du corps lui faisait pousser les cris les plus aigus. Notons que le malade succomba. Dans le rapport du mois d'octobre 1827 (à Fort-de-France), il est signalé que quelques malades éprouvaient deux jours avant leur mort des douleurs très-violentes dans les membres avec gangrène des points primitivement hyperesthésiés.

Ces accidents hyperesthésiques constituent-ils ou non une véritable forme de la fièvre jaune, ou bien ne sont-ils que des épiphénomènes passagers et accidentels? Nous sommes très-porté à pencher vers cette dernière opinion, mais néanmoins nous avons voulu les signaler pour n'oublier aucune des variétés qui peuvent se présenter. Luzeau rapporte (septembre 1827) qu'un malade qui vomissait noir, fut pris tout à coup de douleurs dans le bras droit, un vaste phlegmon se manifesta et aussitôt les vomissements s'arrêtèrent, si bien que le malade entra en convalescence. La tuméfaction fut très-intense pendant plusieurs jours et se localisa dans l'avant-bras; on ouvrit un abcès en cette région, mais il n'en sortit qu'un pus clair et sans odeur. Le lendemain la tuméfaction avait disparu, mais en même temps survinrent des troubles dans la respiration et le sujet succomba deux jours après.

Forme gangréneuse.

Aussitôt après avoir parlé de l'hyperesthésie, il faut parler de la gangrène, car il arrive très-souvent qu'elle lui succède. Néanmoins il est à remarquer que cette forme comme la précédente est assez rare d'une manière absolue.

Le Dr Lefort signalait au mois d'août 1821 que chez quatre individus atteints de fièvre jaune, les bourses et le scrotum avaient été frappés au début de la maladie d'une inflammation

si violente que le scrotum s'était mortifié dès le second jour. Ces quatre individus guérirent néanmoins.

En 1827, on observa plusieurs fois une phlébite grave des veines du bras se terminant souvent par gangrène à la suite des saignées. En décembre 1827, on observa à Fort-de-France, sur quatre individus atteints de fièvre jaune un point douloureux s'étendant sur le trajet de l'artère crurale et allant successivement au jarret et au mollet. Peu d'heures après on constatait le refroidissement du membre, la gangrène, et à moins de deux jours de là, la mort survint chez l'un d'entre eux.

Quelle signification donner à ces phénomènes indiqués précédemment? Nous y voyons, pour notre part, des embolies survenant ici comme dans maintes pyrexies graves et ayant les mêmes résultats.

Forme algide ou choléroïde.

La forme algide ou cholérique n'est pas fréquente, c'est-à-dire qu'elle s'observe seulement sur quelques rares sujets, mais, cependant, on la rencontre dans toutes ou presque toutes les épidémies qui durent un certain temps. Dans tous les cas, elle est assez remarquable pour mériter d'être étudiée par les observateurs.

En avril 1822, Lefort signalait des accidents cholériformes qu'il considérait comme des atteintes du véritable choléra indien et fit remarquer que les malades provenaient d'un même lieu : le corps-de-garde du fort Saint-Louis d'où venaient au même moment des cas de fièvre jaune.

Dans le cours du 2me trimestre de 1839, Câtel en observa plusieurs atteintes. Il faisait observer à ce sujet que dans quelques cas, la fièvre jaune débute par un état d'algidité qui peut faire croire à l'invasion d'une fièvre paludéenne grave, puis surviennent tous les phénomènes dits cholériformes qui, bientôt à la période de réaction, sont suivis des accidents propres à la fièvre jaune : ictère, hémorrhagies de telle sorte, disait-il, que, dans ces cas, la fièvre jaune s'est masquée au début des symptômes du choléra; le choléra s'est métamorphosé en fièvre jaune.

La forme algide ou choléroïde était la plus commune à Saint-Pierre en 1852, ainsi que le prouve le rapport de Dutrouleau qui y était comme chef de service à cette époque.

M. Chapuis (rapport de Saint-Pierre, 2e trimestre 1856), disait avoir vu fréquemment dans les épidémies de fièvre jaune, et no-

tamment dans celle qui régnait alors, des cas où les selles blanches et décolorées ressemblaient à des évacuations cholériques et étaient d'autant plus dignes de frapper l'observateur qu'on constatait en même temps quelques symptômes du choléra, à savoir : le refroidissement, les crampes, etc., etc. Remarquons qu'il ressort du même rapport que, dans le même moment, M. Chapuis observait plusieurs cholérines et deux cas de choléra sporadique intense chez les militaires de la garnison.

Arnoux, en juillet et août 1857, constatait plusieurs faits d'accidents cholériformes venant traverser des atteintes de fièvre jaune dans l'hôpital de Fort-de-France, tandis qu'à Saint-Pierre (rapport du 2e trimestre), on signalait les mêmes phénomènes cholériformes chez plusieurs malades atteints de fièvre jaune; et il n'y avait pas à considérer ces faits comme étrangers au typhus amaril, puisque, à l'autopsie, on trouva la matière du vomissement noir en même temps que le fluide séreux et riziforme du choléra.

Ces diverses citations justifient, je pense, cette affirmation que la forme choléroïde s'observe dans la plupart des épidémies, dont la Martinique a été le théâtre. Bien plus elles nous portent à nous poser cette question : Avons-nous affaire là à une véritable forme de la fièvre jaune ou bien seulement à une complication, une concomitance du typhus amaril et de cette cholérine ou choléra sporadique qu'on observe quelquefois dans les pays inter-tropicaux ?

Il est à remarquer que tantôt les symptômes choléroïdes se montrent au début même de la maladie et constituent pour ainsi dire les prodromes de la fièvre jaune, tantôt ils sont comme un phénomène ultime venant se surajouter à la seconde période pour entraîner la mort ou au moins faire courir de très-grands dangers au patient.

Pour le cas ou la maladie débute par des phénomènes cholériques, nous n'avons pas de description à faire, car c'est d'abord les symptômes de la cholérine bien caractérisée qui se manifestent et la première période de la fièvre jaune serait comme la réaction de cette cholérine. Il est presque inutile de parler des cas où les accidents cholériques se développent pendant la seconde période de la maladie. Nous dirons néanmoins que, dans ces circonstances, la face perd assez vite plus ou moins sa teinte ictérique pour se cyanoser en partie, quelquefois même elle devint turgescente; le pouls est petit, mou, dépressible, fréquent, la respiration dyspnéique, anxieuse, entrecoupée de soupirs de

temps en temps; elle est fréquente et l'air expiré est froid. Les yeux devenant vitreux s'enfoncent dans leurs orbites et s'entourent du cercle livide caractéristique du choléra. La peau devient froide, se couvre d'une sueur visqueuse et collante, les plis articulaires sont plus accusés, ceux qu'on fait à la peau restent imprimés pendant un certain temps, les extrémités des doigts sont comme macérées. Il y a de l'épigastralgie, de l'agitation, fréquemment le hoquet et des nausées très-pénibles.

La voix s'affaiblit, se casse, devient comme soufflée; la langue se refroidit, des vomissement riziformes, colorés diversement, soit par la bile, soit par le sang; émanés de la bouche, des fosses nasales ou de l'estomac, se produisent. Les selles sont blanches ou mélangées aux exhalations sanguines de l'estomac ou de l'intestin. Les urines sont rares et présentent généralement de l'albumine en plus ou moins grande quantité.

Dans quelques cas, cet état cholérique se dissipe après avoir duré 12, 15, 24, 36, 48 heures, mais il va sans dire qu'il est d'autant plus dangereux qu'il se prolonge plus longtemps, lorsque ces phénomènes cholériformes cessent rapidement, on a vu parfois la fièvre jaune reprendre son cours et la guérison a pu même survenir.

Ce que nous venons de dire jusqu'ici nous montre clairement, il me semble, que les phénomènes cholériques sont comme surajoutés et en quelque sorte indépendants de la fièvre jaune elle-même. D'ailleurs, remarquons d'une part que, lorsque la forme dont nous nous occupons s'est montrée, on observait en même temps de véritables cholérines tout à fait indépendantes du typhus amaril. D'autre part nous avons vu par les citations précédentes que c'est surtout pendant l'hivernage que se montre la forme cholérique. Or, on le sait, c'est surtout le moment où la cholérine s'observe à la Martinique de sorte que nous sommes disposé à voir là, non pas une variété spéciale de typhus amaril, mais bien une concomitance des deux maladies, fièvre jaune et cholérine chez un même individu. Néanmoins nous avons voulu la conserver à cette place pour ne pas que notre exposition enregistrât toutes les variétés possibles que l'observateur peut avoir en présence. Mais à proprement parler, ces accidents cholériformes seraient alors, il me semble, plutôt une complication qu'une véritable forme du typhus amaril.

Ce qui nous porte à penser que la forme algide ou cholérique de beaucoup d'observateurs pourrait bien n'être que des accidents de cholérine surajoutés à la maladie proprement dite,

c'est que le Dr Faget de la Nouvelle Orléans qui a une si grande autorité dans la question est grandement disposé à le croire (Faget, monographie sur le type, etc., etc., p. 16).

Forme hydrophobique.

Câtel signalait dans son rapport du 2e trimestre de 1839, qu'un matelot avait offert vers la fin de sa maladie des symptômes d'hydrophobie. On trouva, dit-il, à l'autopsie la partie supérieure de l'œsophage et du pharynx phlogosés. On a signalé quelques rares fois des phénomènes analogues ou voisins, en voici un se rapportant à l'épidémie de 1856.

Penoud Charles, âgé de 15 ans, novice du navire du commerce l'*Union*, arrivé à Saint-Pierre depuis 25 jours, entre à l'hôpital le 12 juin 1856; il n'est malade que depuis le matin; phénomènes ordinaires de la fièvre jaune; eau glacée pour boisson; vomitif à l'émétique; compresses glacées sur la tête; grand bain froid; lavement glacé. Le 13, même médication moins l'émétique; lavements de Bittera; applications froides et potions toniques à partir du 14 juqu'au 18; à 3 heures du matin moment de la mort. Depuis le 16 le sujet était dans un état particulier; il persistait à garder le décubitus dorsal, la tête cachée par ses deux bras croisés, restant ainsi dans une immobilité complète et s'abritant de la lumière qui lui causait une irritation générale. Dès qu'on le touchait il poussait des cris, des vociférations; quand on essayait de le faire boire il éprouvait une commotion douloureuse provoquée par le passage du liquide dans l'œsophage, commotion qui l'irritait et le mettait dans un état assez semblable à celui de l'hydrophobe auquel on présente de l'eau. Il poussait des cris par intervalle; la langue était sèche, rouge; hémorrhagique; le pouls tendu, serré; la peau semblait douce et fraîche dans les parties découvertes, pas d'urines; quelques selles fétides par les lavements. La mort eut lieu à la suite d'une courte agonie sans convulsions tétaniques et comme par une espèce d'étouffement.

Jusqu'ici de pareilles observations ne sont que des curiosités scientifiques qu'il suffit de signaler et pour lesquelles il est inutile de chercher une explication.

4° degré. — Fièvre jaune sidérante

Pour faire une description complète de la fièvre jaune, il faut parler d'un 4° degré : de la fièvre jaune sidérante. Cette fièvre jaune sidérante est vraiment une terrible et effrayante maladie;

elle atteint les individus au milieu de leur santé et les tue avec une rapidité et une sévérité de phénomènes que l'on observe rarement dans les maladies ordinaires, si ce n'est le choléra ou les accès paludéens pernicieux.

Voici l'énumération des principaux phénomènes de la fièvre jaune du 4e degré.

Un frisson très-intense et de plus ou moins longue durée ouvre parfois la scène, et c'est alors le début franc, mais dans nombre de cas insidieux, ce frisson ne présente rien de bien spécial. La tête et la région lombaire sont douloureuses, mais cependant le malade n'accuse pas toujours une céphalalgie et des douleurs de reins en rapport avec l'intensité de l'atteinte. Étant pour ainsi dire sidéré à l'avance, il ne perçoit plus certains phénomènes douloureux de détail qui auraient eu une plus grande importance et une plus forte acuité dans des cas moins graves.

La peau prend rapidement une chaleur âcre qui donne à la main une sensation très-désagréable, phénomène commun aux cas graves comme à ceux de la présente catégorie ; de sorte que, jusqu'ici, nous ne voyons pas une grande différence de symptômes entre les cas qui nous occupent et les degrés précédents. Mais nous allons voir que ce qui les caractérise, c'est la rapidité avec laquelle l'aggravation de la situation se fait.

Ainsi, très-peu de temps après le début de l'invasion, le pouls est déjà dur, concentré, rapide, tremblottant, comme bridé dans son évolution, et irrégulier parfois au point de frapper le praticien à première vue. Il faut dire d'ailleurs que les autres phénomènes qui vont se produire sont si insolites, si sévères, qu'il faudrait une grande négligence pour ne pas être impressionné facilement de bonne heure si on ne l'a pas été dès le début.

La période fébrile est quelquefois tellement amoindrie par la nature sidérante de l'affection, qu'elle ne dure que quelques heures à peine ; elle pourrait même passer inaperçue si le sujet était assez éloigné des secours médicaux pour n'être observé par un homme de l'art que douze ou vingt-quatre heures après le début de la maladie, ou si le commencement de l'atteinte avait appartenu à la forme dite insidieuse.

Le facies est rouge, vultueux ; les yeux ont l'aspect caractéristique ; mais cependant il faut remarquer que ces phénomènes ne sont pas en rapport avec la gravité de la maladie, et on le comprend assez bien ; en effet, on dirait que l'instantanéité de l'atteinte, que son excessive léthalité, brisant dès le début les

ressorts de la vie, a empêché les phénomènes symptomatiques et réactionnels d'avoir leur évolution habituelle et même d'avoir le temps de se manifester complétement.

La langue devient rapidement rouge, petite et tremblottante; le malade ne sait d'ailleurs plus la faire mouvoir à son gré quand on lui demande de la montrer.

Il n'est pas rare qu'avec une sécheresse absolue de la bouche et du pharynx le malade ne perçoive pas la sensation de la soif, preuve nouvelle de l'atteinte si profonde qu'a ressentie le système nerveux; mais dans quelques cas, au contraire, le patient ne peut comparer son immense désir de boire qu'au besoin de calmer un feu dévorant qui le consume,

Une lassitude qui tient de la prostration annihile les forces du sujet, qui est, presque aussitôt, incapable de se tenir debout, les jambes se dérobant sous lui, pour ainsi dire, et peu après les phénomènes de la seconde période vont se manifester. Ajoutons encore que, dès le début, la respiration est profondément modifiée, elle est inégale, suspirieuse par moments. Bref, on sent qu'elle a perdu ce caractère d'égalité et de tranquillité qui constitue son rhythme physiologique, et, par conséquent, que le malade est attaqué dans les forces vives de sa vie elle-même, et que l'atteinte mérite véritablement le nom de sidérante que lui appliquent ceux qui l'ont observée.

L'analyse de dix cas de fièvre jaune au degré sidérant m'a permis de penser que la moyenne de la température est de 39,4-39,7 pour le premier jour; 40,8-40,7 pour le second jour; 41,2-40,0 pour le troisième jour; 39,9-39,1 pour le quatrième jour. La mort survient souvent avant cette époque. Sans doute, il faudrait avoir pu étudier une série beaucoup plus nombreuse pour fournir une moyenne moins discutable, mais enfin, pour ce degré comme pour les précédents, j'ai voulu, malgré le petit nombre de faits venus à ma connaissance, donner une première indication que des observations ultérieures préciseront davantage.

L'état réactionnel du début faisant rapidement place à l'adynamie, avons-nous dit, le pouls devient mou, se ralentit, s'affaiblit ou bien diminue d'ampleur et se précipite, ce qui ne vaut guère mieux, car, dans les deux cas, il est l'indice d'une imperfection de l'hématose.

Les yeux sont rouges comme ceux d'un animal albinos, ils ont bientôt perdu leur animation et leur expression de regard; c'est à peine si on peut constater parfois la tendance à la coloration

jaunâtre qui caractérise l'arrivée de la période adynamique dans les cas moins graves.

La seconde période se manifestant très-rapidement, les accidents de la décomposition ne vont pas tarder à se montrer, et la terminaison funeste va se produire de diverses manières, assez différentes parfois l'une de l'autre. L'examen des diverses observations recueillies dans les hôpitaux du Sénégal et de la Martinique me porte à admettre que cette fièvre jaune sidérante peut affecter quatre types principaux, à savoir : A, la forme algide; B, la forme congestive; C, la forme délirante; D, enfin la forme que j'appellerai insidieuse.

C'est ainsi, par exemple, que souvent la température des membres s'abaisse au point qu'une véritable algidité se prononce. La sensation de froid que donne la peau est augmentée souvent par l'existence d'une moiteur visqueuse et de mauvaise nature qui pointe sur le sujet atteint de fièvre jaune de ce degré comme le sujet atteint de choléra ou d'accès pernicieux algide devant amener la mort très-prochainement.

D'autres fois et très-souvent, cet état de congestion encéphalique entraînant le coma convulsif, dont nous avons parlé précédemment, se montre dans le degré actuel et dure jusqu'à la terminaison funeste qui ne se fait pas attendre, d'ailleurs, bien longtemps.

Ou bien un délire aigu fait explosion et nécessite des moyens coercitifs pour empêcher le malheureux de nuire aux autres ou de se nuire à lui-même.

Enfin, dans une quatrième catégorie, le sujet présente une pondération assez égale de ces divers accidents, qui font qu'on serait assez embarrassé pour classer son atteinte dans une des précédentes; chose de peu d'importance, puisque la mort va sûrement survenir dans tous les cas, sans que les efforts du médecin puissent l'empêcher ou même la retarder un peu.

Dans toutes les formes, il arrive parfois que les vomissements noirs apparaissent alors que le sujet compte à peine vingt-quatre heures de maladie. Ils se manifestent parfois presque d'emblée et sans avoir été précédés, pour ainsi dire, par les transitions que nous avons indiquées précédemment. Il est à remarquer que, souvent, dans ces cas, la réjection se fait d'un flot et comme par régurgitation au lieu d'être accompagnée de ces spasmes si pénibles dont nous avons parlé en décrivant les degrés moins graves.

Enfin la mort survient le quatrième jour au plus tard, et avant

que les phénomènes de décomposition aient eu le temps de rendre le sujet repoussant et hideux, comme dans le troisième degré que nous avons décrit précédemment.

C'est à ce quatrième degré et particulièrement au dernier type que je viens de citer qu'il faut rapporter certains de ces cas vraiment extraordinaires, et qui sont signalés par quelques auteurs, particulièrement par Moreau de Jonnès. La légende que celui-ci rapporte d'une actrice succombant sur la scène du théâtre de Saint-Pierre, au moment précisément où elle jouait un rôle de femme désespérée et agonisante, est répétée de nos jours encore avec grande crédulité sur les lieux, mais me trouve, je l'avoue, à demi convaincu. Non pas que je ne croie au fait en lui-même, mais je pense qu'il s'est écoulé un peu plus de temps que n'en cite Moreau de Jonnès, du début des accidents à la mort, et je me base dans mon opinion sur ce que Câtel (2e trim. 1839) faisait remarquer que, dans les cas où la fièvre jaune paraît avoir débuté brusquement, et emporté le malade en deux ou trois jours, on aurait pu constater que, pendant deux ou trois jours, le sujet avait eu un peu de malaise, de la stupeur, une démarche mal assurée, le sujet ayant l'air d'un homme ivre. Or, remarquons que si l'éminent clinicien, dont j'invoque le témoignage, a dit pareille chose, pour les cas de fièvre jaune durant deux ou trois jours, on doit admettre à *fortiori* pour les cas analogues à ceux de l'actrice précitée, qu'il s'est écoulé quelques heures de plus que ce que l'on dit, du début des accidents à la terminaison funeste.

Indisposition amarile.

Ma description des diverses variétés de la fièvre jaune serait incomplète, je crois, si je n'y joignais l'indication d'un état qu'on peut appeler l'indisposition amarile ; état qui n'est autre chose, relativement à la fièvre jaune, que ce qui a été décrit à l'occasion du typhus par Félix Jacquot, sous le nom de typhisation à petite dose, et par maints auteurs, sous le nom de *typhus lævissimus.*

Câtel signalait en 1839 déjà, cet état de la manière la plus claire, et en effet, il disait : « une chose digne de remarque, c'est que toutes les fois que nos salles étaient pleines, et qu'il y avait beaucoup d'individus parvenus au dernier degré de la maladie, nous avons constamment ressenti, ainsi que plusieurs de nos collaborateurs, après être restés plus ou moins longtemps

parmi les malades, surtout la nuit, une forte céphalalgie et une faiblesse générale que nous faisions disparaître en nous mettant dans un bain chaud.

« La maladie continue à sévir avec force dans les casernes, tandis que la ville n'éprouve rien; c'est que les causes générales n'ont pas acquis assez de force pour attaquer les individus isolés, et ce n'est qu'en décembre, plus de deux mois après l'invasion de la fièvre jaune, que la ville est envahie. Quelques sœurs venues de Fort Royal pour remplacer celles qui sont dans leur lit, ne tardent pas à aller rejoindre leurs campagnes.

« Tous les infirmiers blancs, de couleur, et noirs ont été malades, et il est exact de dire qu'aucun individu qui a donné des soins aux malades n'a échappé aux dangereux effets de l'infection (Câtel, *loc cit.*).

Depuis, on a observé fréquemment la même chose. Dans le courant de l'épidémie de 1877, mon excellent ami le docteur Burot, médecin de 1re classe, m'écrivait de Cayenne qu'il éprouvait les phénomènes précités toutes les fois que le nombre des malades atteints de fièvre jaune augmentait dans l'hôpital, de sorte qu'il faut compter décidément désormais avec cette indisposition amarile.

Je n'ai pas besoin de décrire cette variété de la maladie, l'esprit s'en représente facilement le tableau, et d'ailleurs la description du premier degré de la fièvre dite bilieuse inflammatoire que j'ai faite dans un travail précédent (de la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles. Paris 1878, p. 65) fixerait au besoin les idées du lecteur.

DURÉE.

Si l'on a suivi avec quelque attention l'exposé des divers degrés de la fièvre jaune que je viens de tracer, on a vu que les différences sont assez grandes suivant les cas pour justifier sa division en quatre catégories distinctes sous le rapport de la durée. Aussi consacrerons-nous cette distinction, utile à plus d'un titre, pour la facile compréhension de la question.

1° *Premier degré.*

En examinant les observations de fièvre jaune de cette catégorie qui ont servi de base à mon étude, je suis arrivé à trouver que la durée a oscillé entre 5 et 9 jours, et d'une manière plus

précise, a été en moyenne de 7 jours, temps après lequel la convalescence assez rapide s'est manifestée, de sorte que les sujets ont pu reprendre leur service ou au moins sortir de l'hôpital dix ou douze jours après leur entrée à l'hôpital. Si on s'en souvient, j'ai donné des chiffres assez semblables pour la fièvre inflammatoire du degré léger.

2° *Degré moyen.*

La durée du degré moyen ne peut pas être indiquée par un seul chiffre, il faut faire la distinction entre les cas qui ont guéri et les cas qui ont entraîné la mort.

A. *Dans les cas qui ont guéri.* — La maladie a duré de 18 à 22 jours, quand une complication intercurrente n'est pas venue apporter un retard plus ou moins long. La convalescence plus *lente*, d'abord indécise et fragile, s'est montrée alors et le sujet, profondément anémié, a été obligé de prendre pendant longtemps des précautions et des soins, sous peine de rester dans un état valétudinaire très-fâcheux.

B. *Dans les cas qui ont entraîné la mort.* — La durée de 16 à 22 jours quand la fièvre jaune seule a fait les frais de la maladie. On comprend, en effet, que si nous tenions compte des cas où une autre maladie est venue s'enter sur la convalescence du typhus amaril et a eu raison de la vie du sujet, la durée peut être prolongée d'un temps plus ou moins long.

3° *Degré grave.*

Dans le 3e degré la mort est presque toujours la conséquence de l'atteinte, aussi n'est-il presque pas nécessaire de parler de la durée de la maladie quand le sujet doit guérir.

Dans les cas où la mort doit s'en suivre, on la voit ordinairement arriver du 5e au 10e jour, exceptionnellement le 14 ou le 18e. En regardant de près les cas où la durée a été plus courte, on s'aperçoit que le début insidieux de la maladie a permis au malade de n'entrer à l'hôpital que lorsqu'il était arrivé déjà à la rémission ou à la seconde période.

Quand la durée a été plus longue, il arrive le plus souvent que l'atteinte du typhus amaril a preparé les voies à une autre maladie qui a emporté le sujet.

4° *Degré sidérant.*

Dans le quatrième degré la maladie dure de deux à quatre, exceptionnellement cinq jours. Je ne connais pas de fait où le début ayant été franc, la mort soit arrivée moins de quarante-huit heures après la cessation de la santé. Ceux de cette nature, qui m'ont été signalés, sont des cas où le début insidieux a permis au sujet de rester hors de l'hôpital après l'invasion de l'atteinte, et si nous nous souvenons que la terreur de l'hôpital est souvent extrême en temps d'épidémie, nous comprenons que des malheureux fassent parfois des efforts surhumains pour ne pas y être apportés.

Dans le rapport sur la fièvre jaune présenté par le docteur Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis, nous trouvons (p. 128), quelques chiffres qui peuvent nous intéresser au sujet de la durée de la maladie, et en effet nous voyons que pour 263 cas, qui ont guéri, la maladie a duré.

10 jours	chez	6	individus,	soit 2,3	p. 100.	
11	—	6	—	2,3	—	
12	—	8	—	3,1	—	
13	—	5	—	1,9	—	
14	—	10	—	3,8	—	= 13,4.
15	—	11	—	4,2	—	= 17,6.
16	—	11	—	4,2	—	
17	—	8	—	3,1	—	
18	—	12	—	4,5	—	
19	—	8	—	3,1	—	
20	—	4	—	1,5	—	= 34,0.
21	—	11	—	4,2	—	= 38,2.
22	—	15	—	5,7	—	
23	—	14	—	5,3	—	
24	—	4	—	1,5	—	
25	—	8	—	3,1	—	= 53,8.
26	—	7	—	2,7	—	
27	—	10	—	3,8	—	
28	—	8	—	3,1	—	= 63,4.
29	—	8	—	3,1	—	
30	—	5	—	1,9	—	= 68,3.
De 50 à 68 jours	—	77	—	26,6	—	
Non encore guéris après 68 jours		7	—	2,7	—	
		263.				

On peut déduire de ce tabeau, que quand la maladie guérit, elle dure :

De une à deux semaines	dans le	13,4	p. 100 des cas.
De 10 à 15 jours	—	17,6	—
De 10 à 20 jours	—	34,0	—
De une à trois semaines	—	38,2	—
De 10 à 25 jours	—	53,8	—
De 1 à 4 semaines	—	64,4	—
De 10 jours à 1 mois.	—	68,2	—

Dans le chapitre suivant, nous parlerons des cas où la mort est survenue.

Terminaisons.

Il est presque inutile de parler de la terminaison après ce que nous avons dit jusqu'ici; en effet il est ressorti surabondamment, j'espère, que le premier degré se termine toujours par la guérison; que le quatrième degré se termine toujours par la mort. Je crois que si nous admettons que dans le deuxième degré la mort arrive dans la moitié des cas, que dans le troisième degré, elle survient 70 ou 75 fois sur cent, nous avons les proportions de la mortalité dans la maladie.

Quand le malade a guéri, il arrive le plus souvent que la fièvre jaune se termine par une convalescence qui, quoique lente et fragile, mène à la guérison. Ce n'est qu'assez exceptionnellement que nous voyons une autre maladie s'enter sur l'affection primitive. D'ailleurs nous aurons à nous occuper de cè détail en parlant des complications et de la convalescence, nous pouvons donc ne pas insister pour le moment.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS. — RECHUTES. — RÉCIDIVES. — MORTALITÉ.

COMPLICATIONS.

La fièvre jaune est une maladie si dangereuse par elle-même, elle absorbe si complétement la pathologie du moment quand elle règne, qu'il est naturel de la voir rarement compliquée d'autres affections. Elle ne laisse, dans le corps, place à aucune autre atteinte; le plus souvent, néanmoins, dans quelques rares circonstances, l'état si grave déjà est aggravé encore, par un phénomène morbide concomitant.

En parlant des diverses formes de la fièvre jaune, nous avons déjà énuméré bien des complications, qui peuvent survenir dans la maladie; de sorte que nous n'avons plus à parler actuellement que de quelques-unes d'entre elles. — Nous rangerons ces complications, sous trois chefs différents :

A. Celles qui surviennent avant;

B. Celles qui se montrent pendant;

C. Celles que l'on observe après l'évolution de la fièvre jaune.

Cette division, toute rationnelle qu'elle paraisse être de prime abord, est sujette à bien des critiques, comme on pourra le voir par la suite, mais, néanmoins, nous la conservons parce qu'elle est commode et nous permettra de passer plus facilement en revue les diverses complications que l'on peut être à même d'observer.

A. *Complications qui précèdent le début.*

Nous avons fait cette catégorie, pour pouvoir parler des individus qui, étant à l'hôpital ou chez eux en cours de traitement pour une maladie quelconque, sont atteints tout à coup par la

fièvre jaune. On comprend que, dans ces cas, les conditions sont souvent moins bonnes que lorsque la maladie surprend le sujet en pleine santé, car toute débilitation antérieure, quelle qu'elle soit, est une fâcheuse condition dans une maladie de la nature de celle qui nous occupe ici.

Lorsque la fièvre jaune survient chez des individus profondément débilités déjà par une maladie, elle les emporte parfois avec une rapidité très-grande, mais souvent aussi, elle évolue au contraire, avec une extrême lenteur. C'est ainsi, par exemple, que Dutrouleau a vu un sujet émacié par la dysentérie et le paludisme, succomber après vingt jours d'une atteinte insidieuse difficile à reconnaître dès le début. Quoi qu'il en soit, le pronostic n'est pas plus favorable dans un cas que dans l'autre, et nous considérons donc que le sujet pris de fièvre jaune, alors qu'il était déjà profondément atteint par la maladie, est dans de mauvaises conditions.

B. *Complications qui surviennent dans le cours de la fièvre jaune.*

On comprend que, suivant qu'on le voudra, on pourra augmenter ou diminuer beaucoup le nombre de ces complications survenant dans le cours de la fièvre jaune, et en effet on peut décrire sous ce nom maints phénomènes inhérents, à telle ou telle forme de la maladie, ou bien au contraire ne voir dans ces complications qu'une forme spéciale. Si nous avions une histoire générale de la maladie à faire en ce moment, peut-être discuterions-nous ce qui doit être attribué à la forme et ce qui peut être considéré comme une complication, mais dans le cas particulier où nous sommes placé ici, on nous permettra de ne pas entrer dans un pareil travail, nous nous bornerons donc à énumérer ce que nous considérons comme devant être cité ici, et bien plus, nous ferons une simple énumération, sans essayer de classer les complications sous des chefs différents.

Paludisme.

Le paludisme peut compliquer la fièvre jaune de deux manières différentes ; — ainsi par exemple, d'une part, la maladie survenant chez un individu impaludé, provoque quelquefois l'explosion d'accidents plus ou moins graves. — D'autre part, l'individu convalescent de fièvre jaune, étant profondément anémié, est plus exposé qu'un autre à l'infection palustre et

peut être atteint par elle à une époque encore si voisine du typhus amaril qu'on peut la considérer comme lui devant être rattachée.

Les deux cas sont bien différents et entrent dans deux catégories distinctes, de sorte que nous n'avons à parler ici que du premier — nous verrons le second plus loin.

Pour ce qui est des manifestations du paludisme, pendant le cours de la fièvre jaune, nous dirons que c'est une complication parfois très-grave, pour la raison qu'il est souvent fort difficile de faire la part de ce qui appartient aux deux maladies. Et comme la quinine est aussi indispensable dans l'impaludation qu'elle est pernicieuse dans le typhus amaril, on comprend que le médecin doit être fort perplexe, tandis que le malade court de très-grands dangers.

Malgré ce qui a été dit et écrit, ce que le vulgaire croit, le paludisme n'est pas très-fréquent à la Martinique, de sorte que la complication dont nous nous occupons, est en général rare : Les Européens inacclimatés, c'est-à-dire ceux qui fournissent le contingent d'atteintes à la fièvre jaune, ne séjournent pas dans les quartiers à fièvre (Lamentin, Anses d'Arlet, Rivière, Pilote, Robert, Vauclin, etc). Aussi, au lieu d'entrer dans de longs développements ici, pensons-nous qu'il suffit de renvoyer le lecteur à ce que nous avons dit dans notre travail sur la fièvre jaune au Sénégal (p. 274).

Nous ne pouvons cependant quitter ce sujet du paludisme compliquant la fièvre jaune, sans étudier cette question posée si souvent : Y a-t-il une fièvre jaune intermittente ? — Eh bien, nous répondrons résolûment non, nous appuyant sur la grande autorité de Dutrouleau, entre autres opinions des plus autorisées ; disant comme notre illustre prédécesseur, que dans quelques circonstances, on peut bien voir le paludisme évoluer en même temps que le typhus amaril, mais que, dans aucun cas, on ne saurait alors mettre en doute la coexistence de deux affections bien distinctes.

Nous ne pouvons résister au désir de rapporter en entier un passage d'un rapport de Dutrouleau, visant cette prétendue fièvre jaune intermittente, on nous pardonnera sa longueur en songeant à la source du document.

Extrait du rapport du premier trimestre 1852, *de l'hôpital de Saint-Pierre.*

Les hommes provenant de Fort-de-France nous ont fourni plusieurs cas

de fièvre jaune. Cette influence ne s'est fait sentir que pendant quelques jours, et ne s'est point étendue aux habitants voisins de Saint-Pierre ; elle s'est concentrée sur les militaires récemment arrivés, et sur les matelots de la station. On peut en compter onze cas, bien qu'il n'y en ait eu que cinq de bien caractérisés, et de portés au tableau ; mais la marche de ces derniers autorise à penser que, si la maladie n'avait pas été enrayée, elle eût passé comme eux à la seconde période. Tous ces cas, du reste, ont présenté au début un type rémittent ou même intermittent, qui eût pu les faire confondre avec les fièvres ordinaires, si l'aspect du visage et des yeux, et la nature des douleurs (coup de barre) n'avaient décelé la fièvre jaune. Les trois cas qui ont succombé, ont présenté les symptômes les plus graves de la seconde période ; et pour ceux-là encore moins que pour les précédents, il a été impossible de reconnaître le cachet propre de la fièvre jaune ; ils nous ont servi au reste à éclaircir le doute qu'on semble élever aujourd'hui sur la spécificité étéologique et symptomatique de la fièvre jaune.

Ces trois hommes sont Vitalis et Ourdan, matelots de la *Sybille*, Broudie, grenadier du 2e ; leur histoire a des rapports si nombreux, qu'elle peut marcher de front. Des deux premiers, Vitalis est un homme faible, plongé dans la cachéxie paludéenne, ce qui prouve, soit dit en passant, que les constitutions les plus débiles peuvent être atteintes par la fièvre jaune ; Ourdan est au contraire d'une constitution remarquablement vigoureuse, ayant eu plusieurs attaques de coliques sèches ; quant à Broudie, c'est aussi un homme fort, qui a eu deux fois des fièvres intermittentes. Tous les trois, après un accès de fièvre intermittente bien caractérisé, et suivi d'une apyrexie franche, sont pris après un second accès de tous les accidents de la fièvre jaune ; les douleurs de tête, des articulations et des reins (coup de barre) sont très-prononcées ; l'ictère apparaît dès les premiers symptômes ; les vomissements sont fréquents, chez Vitalis et chez Broudie, et manquent chez Ourdan au début, mais chez tous les trois il y a vomissements noirs avant la mort ; il y a hémorrhagie des sangsues chez Vitalis, ce qui n'a pas lieu chez les deux autres, suppression d'urines pendant le dernier jour, et hoquet vers la fin ; chez Vitalis et Ourdan, c'est l'anxiété de la respiration qui domine ; chez Broudie, ce sont les accidents cérébraux. Tous trois enfin succombent, au commencement du troisième jour, à partir de l'apparition des accidents. Chez tous, la maladie a été traitée au début par le sulfate de quinine à assez hautes doses, l'un d'eux même en a pris sept grammes, sans compter les frictions ; et pourtant les accidents n'ont pu être prévenus ni modifiés. Dès que la fièvre jaune a été bien caractérisée, c'est par les évacuants, les révulsifs intérieurs et les frictions arides, qu'elle a été combattue.

A l'autopsie, on a trouvé dans les trois cas l'ictère si particulier à la fièvre jaune, atteignant les tissus les plus profonds, particulièrement les tissus fibreux, fibro-cartilagineux, les cartilages. A cet ictère correspondaient la décoloration et la sécheresse du foie propres à la fièvre jaune ; la matière noire s'est retrouvée dans l'estomac et les intestins, les injec-

tions et congestions du cerveau et de ses membranes ont été proportionnées aux accidents pendant la vie.

Ces trois cas, comme ceux qui ont été observés dans le mois de novembre, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie ; ils ont même présenté à un plus fort degré tous ces symptômes graves de la seconde période. Mais le début a différé, et c'est par des accès de fièvre intermittente bien caractérisés qu'il a été marqué. Ces accidents de fièvre jaune survenant dans le cours d'une fièvre de nature paludéenne, ont fait croire à plusieurs observateurs que la même cause pouvait bien déterminer les deux affections. C'est une erreur qui peut avoir de graves inconvénients en pratique, et qu'il importe de ne pas laisser s'accréditer. Malgré la tendance à vouloir comparer la fièvre jaune dans ces cas à la fièvre rémittente bilieuse, ou à un accès de fièvre pernicieuse, on ne parviendra pas à lui enlever son caractère spécifique. D'abord, on parle beaucoup de fièvre remittente bilieuse en Europe, mais on en observe très-peu dans les colonies et je crois que ce qu'on a voulu désigner, plutôt par théorie que par observation sous le nom d'état bilieux, se rapporte à des localisations mieux étudiées aujourd'hui, et non pas à une prédisposition fébrile; c'est plutôt à la fièvre jaune qu'il convient de rapporter ces prétendues fièvres bilieuses, plutôt que de faire le contraire.

Quant à la fièvre paludéenne, intermittente ou continue, je déclare que dans nos hôpitaux, je n'en ai pas observé un seul cas qu'il fût permis de confondre entièrement avec la fièvre jaune. Nous avons occasion de voir souvent, dans ces moments de bouffées de fièvre jaune sporadique, des cas de cette maladie à côté de fièvres pernicieuses diverses, toujours elles sont faciles à différencier l'une de l'autre. Ce sont les formes algides, cholériques ou dysentériques, soporeuses et délirantes ou ataxiques, que présentent le plus souvent ici les fièvres pernicieuses et dans aucune d'elles on ne trouve réunis tous les signes caractéristiques de la fièvre jaune, tels que, coloration particulière du visage et des yeux, caractère particulier des douleurs de tête, de reins (coup de barre), de membres, appareil fébrile intense avec symptômes congestifs; puis suppression d'urines, ictère, vomissements noirs, hoquets, convulsions assez souvent, intégrité de l'intelligence presque toujours. Les fièvres pernicieuses offrent bien fréquemment ces symptômes isolés, ou bien réunis par deux, par trois; mais jamais au complet comme dans la fièvre jaune, du moins d'après mon observation. Il est donc impossible de méconnaître la spécificité de ces symptômes. Quant à celle de la cause, elle est prouvée surtout par le traitement; il est certain que le sulfate de quinine, si puissant contre les fièvres pernicieuses les plus graves, est tout à fait impuissant contre la fièvre jaune elle-même. Si on a obtenu souvent des effets avantageux dans certaines formes de la maladie, et à certaines époques des épidémies, c'est qu'alors la fièvre paludéenne compliquait la fièvre jaune ou plutôt celle-ci, la première. Mais on ne peut pas méconnaître qu'à l'élément paludéen, qui cause la rémittence ou l'intermittence, est venu s'ajouter un autre élément qui imprime à la maladie un cachet spécifique, et alors il n'est plus permis de compter seulement

sur le sulfate de quinine. D'ailleurs, ce n'est pas seulement la fièvre paludéenne que peut compliquer la fièvre jaune, c'est souvent aussi la dysentérie, autre endémie de notre colonie, et alors celle-ci disparaît sous l'aspect et la gravité de la première.

Je crois, en conséquence, qu'il n'est pas exact de dire qu'il y a des fièvres jaunes intermittentes, ainsi que je l'ai dit moi-même dans ma thèse; et qu'il vaut mieux dire seulement des fièvres intermittentes compliquées de fièvre jaune, survenant ordinairement à certaines saisons des endémies ou des épidémies, celles des fièvres paludéennes. De cette façon, on comprend qu'il est bien de faire marcher de front le traitement des deux maladies. Mais il faut bien reconnaître que, dans ces cas, l'invasion de la fièvre jaune étant moins franche, le traitement est plus embarrassé, et partant moins efficace.

Si nous écrivions l'histoire générale de la fièvre jaune, nous ferions remarquer que l'idée du typhus amaril intermittent a germé dans les pays où le paludisme est fréquent et grave, ce qui est déjà une grande présomption en faveur de la coexistence de l'impaludation dans les cas qui ont paru probants; mais, dans la situation particulière où nous nous trouvons, nous pouvons ne pas insister davantage ici sur ce sujet.

Épanchements sanguins.

On voit parfois dans le cours de la seconde période de la fièvre jaune grave des épanchements sanguins sous-cutanés ou intermusculaires se produire. — On cite maints exemples de plus ou moins grande sévérité dans cet ordre d'idées; c'est ainsi, par exemple, que M. Lefort rapporte dans son rapport de décembre 1827, que chez un militaire les vomissements noirs parurent s'arrêter au moment et sous l'influence de l'apparition d'une vaste infiltration sanguine du bras, se transformant bientôt en phlegmon diffus.

Nous pourrions citer dix autres observations de ce genre, mais elles n'ajouteraient rien d'important à notre exposition. — Ces épanchements sanguins sont toujours un phénomène grave, il est inutile de dire que cette gravité est en rapport direct avec leur abondance ou leur étendue. — Ils suivent très-généralement la voie de la suppuration, quand la vie du sujet se prolonge assez pour leur donner le temps d'évoluer. Les indications qui découlent de leur présence varient, on le comprend, suivant l'état du malade; les chances de guérison qu'il a par ailleurs. — D'autre part, elles sont en rapport direct, naturelle-

ment, avec l'étendue, l'abondance, le siége de l'épanchement, car s'il est incontestable que l'issue, au dehors du sang épanché est, par conséquent, voué à la décomposition, est la chose désirable en principe, il n'est ni sage ni pratique, quelquefois pas possible de le faire dans maintes circonstances.

Gangrène.

A côté des épanchements sanguins, nous devons citer les gangrènes; tantôt ces gangrènes sont dues précisément à l'arrêt de la circulation dépendant de l'épanchement, tantôt c'est une embolie qui les a produit. En outre, comme dans toutes les affections de nature typhique, le trouble de la circulation capillaire est tel que l'on voit des escarres survenir sur les points du corps qui subissent une pression ou une constriction un peu prolongée — *sacrum*, etc., etc.

Nous n'avons pas besoin de nous arrêter longuement, ni sur la description, ni sur la thérapeutique de cet accident qui n'est d'ailleurs pas spécial à la fièvre jaune. Son étendue, son siége d'une part, l'état général du malade d'autre part, sont des conditions capitales capables de faire varier du tout au tout le pronostic, comme le traitement de l'accident.

Parotides.

Il n'est pas très-rare de voir des parotides survenir dans le cours de la fièvre jaune. On peut dire même qu'on en observe dans toutes les épidémies, mais cependant leur fréquence relative varie considérablement de l'une à l'autre.

Câtel qui s'est occupé avec tant de soin de tout ce qui regarde la fièvre jaune, a parlé de ces parotides, et notamment dans son rapport du troisième trimestre 1841, il signalait que, lorsque ces inflammations diminuent par une sorte de délitescence, et très-rapidement, il n'est pas rare que la mort survienne rapidement: Il considérait donc que, bien que constituant une complication sérieuse, cette inflammation avait besoin d'évoluer régulièrement jusqu'à la suppuration. — Dutrouleau, imbu des mêmes idées, chercha même, en 1852, à faciliter cette évolution par l'ouverture hâtive des tumeurs, mais il ne parvint pas par cette pratique à conjurer ni même à amoindrir les accidents.

Quelques médecins ont considéré les parotidites comme un phénomène critique favorable, et Câtel est allé même plus loin;

il pensait que le danger de la maladie était d'autant moindre, le cas échéant, que la marche vers la suppuration se faisait d'une manière naturelle, aussi préconisait-il l'ouverture hâtive (3e trimestre 1841) de peur, disait-il, que la délitescence ne survînt — ce qui était pour lui une métastase des plus funestes.

D'autre part, disons que la suppuration de la parotide a pu, dans certains cas, constituer une complication de la fièvre jaune, de sorte que, loin de considérer la parotidite comme un phénomène critique favorable, nous dirons que c'est un indice de gravité. On peut assurément guérir encore, quand on a une parotidite, mais le mieux serait de ne pas en avoir ; voilà notre formelle conviction en cela.

Anthrax et furoncles.

Nous avons à peine besoin de signaler ces complications possibles et même assez fréquentes dans certaines épidémies. Leur danger et les indications thérapeutiques qui en découlent, sont trop bien connus déjà par le lecteur, car il n'y a rien de spécial à la fièvre jaune en ceci.

Crises épileptiformes.

On a vu maintes fois des crises épileptiformes survenir, soit pendant la seconde période, soit pendant la convalescence. Pendant la seconde période, ces crises épileptiformes sont, on le comprend, un danger des plus grands, et il est bien à craindre que le sujet qui présente de pareils accidents, soit trop profondément atteint dans le principe même de la vie, pour pouvoir guérir. Lorsqu'elles surviennent pendant la convalescence, ces crises ont moins de gravité et il est à espérer souvent qu'avec le temps, le retour de la santé ou la rentrée en Europe, elles diminueront et disparaitront même d'une manière très-heureuse.

Invaginations intestinales.

On a observé parfois des invaginations intestinales dans le cours de la fièvre jaune ; elles ont, on le comprend, constitué un accident plus ou moins grave et même mortel, dans plus d'une circonstance. C'est ainsi par exemple que, dans un cas cité dans le rapport de novembre 1827 (à Fort-de-France), un soldat convalescent de fièvre jaune, fut tout à coup pris d'anxiété

respiratoire, de refroidissement, de sueurs froides et partielles, de syncopes; il mourut en quelques heures et l'autopsie ne montra que trois invaginations de l'intestin grêle, dont une avait près de huit centimètres; les organes de la poitrine, le cœur, le cerveau, ne présentaient aucune lésion appréciable.

Nous avons trouvé dans plusieurs des autopsies des hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre, des indications d'une invagination de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Complications survenant après la guérison de la fièvre jaune.

Ces complications ne sont pas très-nombreuses, si on veut énumérer les diverses maladies qui peuvent être observées après l'atteinte de la fièvre jaune et qu'on veut considérer comme dépendant directement d'elle. Mais cependant, si nous songeons que la fièvre jaune produit une anémie très-profonde, que l'anémie a été accusée d'engendrer un très-grand nombre de maladies, nous comprenons qu'on peut à volonté attribuer à la fièvre jaune, un grand nombre d'affections.

Hépatite.

On a vu assez souvent les individus qui guérissaient de la fièvre jaune, avoir une hépatite plus ou moins longtemps après, pour penser que le typhus amaril prédispose à l'inflammation du foie. Nous ne savons encore rien de précis là-dessus. Pour ma part, j'ai vu maints exemples qui semblent corroborer cette pensée, mais cependant je n'oserais rien affirmer, car il faudrait des investigations plus approfondies, pour asseoir une opinion définitive.

Dysentérie.

Même chose à dire pour la dysentérie, qui est si voisine de l'hépatite, qu'elle peut à bon droit être considérée comme sa plus proche parente, sinon comme une partie d'une maladie unique, qui porterait le nom d'hépato-dysentérie.

Coliques.

On a noté maintes fois des accidents de coliques chez les convalescents de fièvre jaune. A-t-on eu affaire à des coliques saturnines ou à la véritable colique sèche? Je ne puis trancher la

question mais je suis tout disposé à penser qu'on s'est trouvé en présence tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, de ces deux affections, l'anémie qui prédispose aux névralgies d'une part et qui, d'autre part, permet l'explosion d'accidents d'intoxication restés latents jusque-là, explique très-bien que les convalescents de fièvre jaune puissent présenter des coliques.

Ce n'est pas le lieu d'entrer dans de longues digressions, mais je ne saurais laisser passer cette occasion sans répéter ce que j'ai dit maintes fois : la colique dite sèche est tantôt une intoxication saturnine, le fait est indéniable, mais tantôt aussi elle est une affection absolument étrangère à l'empoisonnement plombique. — La passion a très-malheureusement obscurci le débat à son égard, mais je suis convaincu et la grande majorité des médecins qui ont pratiqué longtemps dans les pays chauds est de mon avis : le jour où on étudiera sans parti pris et sans idées préconçues cette question, on arrivera à cette conclusion que : 1° la colique de plomb est très-fréquente dans les pays chauds et doit être incriminée dans de nombreuses circonstances; 2° on voit dans beaucoup de pays chauds des accidents de coliques qui méritent très-bien le nom de *colique sèche* et dans lesquels le plomb est absolument étranger.

Paraplégie.

On a observé quelquefois, assez rarement il est vrai, mais notamment en 1857, des paraplégies pendant la convalescence de la fièvre jaune. Les sujets paraissaient si faibles après la cessation de la maladie que leurs jambes étaient demi-paralysées et refusaient pendant un certain temps le service. Cet état qui ne présentait d'ailleurs pas de gravité était passager et disparaissait à mesure que les forces revenaient.

Paludisme.

On a dit avec raison que, dans les pays paludéens, les convalescents de fièvre jaune sont fréquemment atteints de fièvre intermittente, la raison en est dans l'état d'anémie où ils se trouvent, mais le raisonnement porte à penser qu'il est vis-à-vis de l'empoisonnement dans les mêmes conditions que les autres anémiques de n'importe quelle origine, ni plus ni moins.

RECHUTES.

Les individus atteints par la fièvre jaune voient quelquefois la maladie reprendre son activité au moment où la convalescence paraissait sur le point de s'établir d'une manière définitive. Nous avons à peine besoin de dire que ces rechutes sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves qu'une atteinte isolée, car le sujet se trouve dans de moins bonnes conditions de résistance.

Je ne saurais dire dans quelles proportions se manifestent ces rechutes. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer la fièvre jaune grave, comme la fièvre dite inflammatoire, c'est-à-dire sur plusieurs centaines de malades, mais cette fièvre inflammatoire étant de la même famille et liée à elle par une étroite parenté, je suis disposé à penser que les rechutes peuvent bien se produire dans les mêmes proportions.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'atteinte est plus sévère dans la rechute que dans la première poussée de fièvre jaune. Je suis porté à penser que quelques rares fois le cas contraire doit se présenter, mais, comme le sujet est déjà profondément ébranlé, on comprend que, toutes choses égales d'ailleurs, il est plus fortement éprouvé.

La maladie parcourt dans les rechutes ses périodes d'une manière rapide, et les accidents de convulsion, d'hémorrhagie, de vomissement noir, se montrent de très-bonne heure, et par conséquent la mort survient parfois assez vite pour qu'on soit en droit de se croire en présence d'un cas du quatrième degré ou sidérant.

RÉCIDIVES.

La fièvre jaune est une maladie trop grave, elle fait courir trop de dangers aux individus qu'elle frappe, pour qu'on ne se soit pas demandé si elle est capable de récidiver, et par conséquent si les sujets qui ont subi ses coups sont exposés encore, ou sont désormais délivrés de ses attaques pour toujours. Maintes affirmations ont été formulées à ce sujet, ayant peut-être le tort d'être trop générales et trop absolues ; il est, en effet, à croire qu'ici, comme souvent, la vérité est dans une opinion moyenne également éloignée des extrêmes.

Quand on étudie la question des récidives de la fièvre jaune, il y a plusieurs points de détail à élucider. Ainsi, par exemple, il faut se demander : 1° quelles sont les conditions d'immunité acquises par une première atteinte dans le cours d'une même épidémie ; 2° si l'immunité donnée par une première atteinte se prolonge pendant des épidémies ultérieures, et dans quelles conditions alors cette immunité est assurée ou compromise, augmentée ou diminuée.

Immunité acquise par une première atteinte dans une même épidémie.

Depuis longtemps on dit dans le vulgaire qu'une première atteinte de fièvre jaune garantit d'une manière absolue le sujet, soit pour toujours, soit au moins pour la durée de l'épidémie régnante. Les médecins ne peuvent pas avoir une opinion aussi absolue et aussi optimiste en présence des faits de tous les jours, et ils sont obligés de convenir, pour rendre hommage à la vérité, que les atteintes seules de la fièvre jaune moyenne sont capables de conférer cette immunité.

Dans quelques rares cas, on a vu, il est vrai, une première atteinte sévère ne pas mettre à l'abri d'une attaque ultérieure dans le cours de la même épidémie, et sans que le sujet se soit absenté du lieu où il avait contracté la maladie la première fois. Mais on peut croire que c'est là la grande exception, et que, par conséquent, celui qui a été touché sévèrement une première fois, est désormais à l'abri pendant toute la durée de l'épidémie, plus longtemps peut-être, ainsi que nous le verrons, mais à la condition expresse qu'il restera dans le foyer.

Cette immunité à la suite d'une atteinte sévère n'est pas absolue, tant s'en faut, Savarési au commencement du siècle, Lefort en 1821, Câtel en 1841, en ont signalé des exemples, et j'ai dû me demander si la récidive dans ces cas était l'effet d'un pur hasard, ou au contraire, en relation avec des causes bien déterminées. Or, j'ai constaté bientôt que les rares cas de récidive, après une atteinte grave, appartiennent tous à des époques de grande intensité de l'épidémie, de sorte qu'on peut s'en rendre compte en pensant que, lorsque l'épidémie est très-intense, les germes morbides ont une puissance plus grande, et il est facile de concevoir alors comme conséquence, que tel qui eût été réfractaire dans une faible épidémie, est touché dans une épidémie plus grave, et ainsi de suite. Ne peut-on pas

penser que c'est par le même mécanisme qu'on a vu tantôt les populations nègres jouir d'une immunité très-heureuse, alors que, dans d'autres circonstances, elles ont payé un tribut plus ou moins lourd à la maladie?

Si une atteinte sévère confère ordinairement l'immunité, en revanche une atteinte légère ne donne absolument aucun bénéfice, et quand, comme moi, on a compulsé une à une les feuilles de clinique des diverses épidémies de la Martinique, de 1838 à 1869, on a pu se convaincre que très-souvent, dans un quart des fois peut-être, le sujet a eu une première atteinte légère qui n'a fait que l'effleurer pour ainsi dire, et que huit, quinze, vingt jours, un mois, deux mois au plus après, il a été touché d'une manière plus sévère.

Tantôt la seconde atteinte est aussi légère que la première, tantôt elle est plus grave. Je n'ai pu saisir aucune loi à ce sujet, par l'inspection des feuilles de clinique, et il est probable que les atteintes dans ce cas, ont une gravité en rapport direct avec l'exposition du sujet aux causes morbifiques.

C. *Immunité acquise par une première atteinte dans les épidémies ultérieures.*

L'individu qui a été atteint d'une manière légère n'a pas été mis à l'abri pendant le cours de la même épidémie, à plus forte raison, on le comprend, il n'est pas garanti dans les épidémies ultérieures. S'il est resté dans le pays, son acclimation lui a bien donné quelques chances, mais cependant, il ne faut pas qu'il compte aveuglément là-dessus.

Celui qui a été atteint sévèrement une première fois et qui est resté dans le même foyer ou au moins n'a pas quitté le littoral des régions tropicales est assez bien assuré qu'il ne sera pas touché de nouveau. Cependant il faut bien y faire attention, cette immunité est fragile, elle serait perdue non-seulement par un séjour, même assez court dans la zone tempérée, mais encore l'habitation dans les hauteurs suffit pour rendre au corps l'aptitude à contracter la maladie. Mille faits sont là pour le prouver.

En présence de ces diverses particularités touchant les récidives on peut se faire une opinion sur les chances que tout individu a de contracter la fièvre jaune, et, en effet, voici, je crois, ce qui est la réalité : — L'individu qui arrive d'Europe est le

plus exposé de tous. Celui qui descend des hauteurs vers le rivage l'est un peu moins, mais l'est beaucoup encore. Celui même qui habite une portion du rivage éloigné d'un foyer de fièvre jaune court des dangers quand il vient dans ce foyer, c'est-à-dire quand il s'expose accidentellement à l'influence morbide. Celui qui est né dans un foyer ordinaire du typhus amaril est dans les meilleures conditions ; il sera même d'autant plus à l'abri qu'il aura dans ses veines plus de sang nègre, et remarquons que nous parlons ici de la quantité réelle et non de celle que la vanité prête en paroles à quelques-uns.

Cette première spécification touchant l'immunité relative des divers individus n'est qu'un terme de la question ; il y en a un autre très-important aussi, c'est la sévérité de l'épidémie dans le moment. Cette sévérité ou en d'autres termes l'activité des germes est très-différente d'une épidémie à l'autre et même aux divers moments d'une même épidémie et alors on voit comme conséquence que tantôt la fièvre jaune est assez peu féconde pour ne pouvoir atteindre que les proies les plus faciles à saisir ; tantôt, au contraire, ses germes sont plus actifs, et on comprend alors que le nombre des individus qui échappent à ses coups se restreint de plus en plus. On comprend par la pensée qu'il a pu se présenter des périodes où tous ou presque tous ceux qui étaient dans le foyer couraient d'immenses dangers, les acclimatés, les créoles plus ou moins colorés, les nègres eux-mêmes. Lefort nous apprend qu'en 1821, quelques vieux infirmiers nègres à peine furent épargnés dans les hôpitaux, les jeunes étaient touchés presque aussi sévèrement que les nouveaux débarqués d'Europe.

Nous sommes entré là dans une question qui touche, à proprement parler, au chapitre de l'étiologie, mais la chose était nécessaire pour faire comprendre les règles qui président aux récidives de la fièvre jaune.

MORTALITÉ.

La question de la mortalité absolue et relative dans la fièvre jaune touche d'assez près aux intérêts de l'état comme à ceux des particuliers pour avoir mérité d'attirer l'attention de tout le monde depuis bien longtemps. Cette mortalité est en rapport avec tant de facteurs différents qu'il est assez difficile de la dé-

terminer d'une manière même très-approximative, et, en effet, suivant les épidémies, suivant les divers moments d'une même épidémie, suivant les localités, les saisons, d'une part; suivant le nombre d'individus inacclimatés présents dans la localité, suivant leur âge, la date de leur arrivée, etc., etc., on a vu cette mortalité différer très-sensiblement.

Dans ce travail qui vise seulement la fièvre jaune à la Martinique, nous ne pouvons entrer dans bien des détails qui trouveraient leur place ici, si nous écrivions l'histoire générale du typhus amaril, aussi ne nous reprochera-t-on pas de négliger certaines indications très-utiles cependant, mais fournies par les épidémies des autres pays.

Une première question qui se pose quand on étudie la mortalité dans l'histoire des épidémies de la Martinique, c'est de savoir dans quelles proportions elle est survenue à divers moments. Les renseignements donnés par le P. Labat, pour l'épidémie de 1690 et ceux qui ont été fournis par nombre d'auteurs, y compris Moreau de Jonnès, sont précieux assurément, mais, cependant, ne nous permettent pas d'évaluer les proportions de la mortalité en chiffres. Les renseignements les plus précis que nous connaissions jusqu'ici, sont ceux de Dutrouleau qui a fourni l'état suivant comparatif entre la Guadeloupe et la Martinique dans son excellent et remarquable traité des maladies des Européens dans les pays chauds.

TABLEAU

DE DUTROULEAU POUR LA PROPORTION DE LA MORTALITÉ PENDANT LA PÉRIODE ÉPIDÉMIQUE DE 1851 A 1857.

Années.	Martinique.	Guadeloupe.
1851	12,9 p. 100.	» p. 100.
1852	25,8 —	14,1 —
1853	34,8 —	29,1 —
1854	» —	42,2 —
1855	14,7 —	45,0 —
1856	25,7 —	50,0 —
1857	31,6 —	36,1 —
Moyenne	25,5 —	27,9 —

En dépouillant les divers rapports des chefs du service de santé de la colonie et en consultant les registres d'entrée et de décès

des deux hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre, j'ai pu arriver aux renseignements suivants pour la période de 1818 à 1869.

TABLEAU

DE LA PROPORTION DE LA MORTALITÉ RELATIVEMENT AUX ATTEINTES DE FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE DE 1818 A 1869.

Années.	Fort-de-France.	Saint-Pierre.	Moyenne.	Observations.
1818	32.0 p. 100	»	»	
1820	23.8 —	»	»	
1821	34.2 —	»	»	
1822	41.2 —	»	»	
1823	20.0 —	»	»	
1825	27.5 —	»	»	
1826	19.4 —	»	»	
1827	20.3 —	»	»	
1828	22.4 —	»	»	
1829	31.2 —	»	»	
1838	57.5 (1) —	12.7	»	(1) Le chiffre afférent
1839	25.8 —	11.2	19.7	à Fort-de-France en 1838
1840	19.8 —	13.4	19.4	ne peut entrer en ligne
1841	14.8 —	26.8	17.2	dans les évaluations, par-
1842	13.0 —	19.2	15.8	ce qu'il n'y a eu que quel-
1843	15.8 —	23.0	17.6	ques cas de fièvre jaune
1844	18.8 —	38.9	21.1	apportés du dehors.
1850	» —	25.0	»	
1851	18.2 —	»	»	
1852	22.2 —	33.8	26.0	
1853	33.5 —	40.8	34.2	
1854	22.1 —	»	»	
1855	16.4 —	20.3	17.8	
1856	19.3 —	27.2	25.2	
1857	44.7 —	29.0	32.4	
1869	44.4 —	25 0	33.5	
Moyenne	23.2 —	23.0	23.1	

Nous voyons par ce tableau que, suivant les années, la fièvre jaune a été plus ou moins sévère à la Martinique, et si nous faisons abstraction, comme nous l'avons dit déjà, des chiffres de 1839 pour Fort-de-France, chiffres trop exceptionnels pour entrer en ligne, nous constatons que cette mortalité a varié

entre 13 et 44 p. 100 au chef-lieu ; entre 11 et 39 à Saint-Pierre. Néanmoins en faisant la moyenne de toutes les épidémies, nous notons que le chiffre varie entre le 23,0 et le 23,2 p. 100. 23,1 pour toute la Colonie.

On a dit depuis longtemps que la fièvre jaune est plus sévère à tel moment ou à tel autre dans l'année; on peut voir dans les tableaux que nous avons fournis au chapitre de l'historique ces variations dans les diverses épidémies, nous devons ici prendre les chiffres totaux de ces tableaux pour en dégager la gravité relative de la maladie suivant le mois de l'année, toutes choses égales d'ailleurs.

TABLEAU

DE LA MORTALITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE.

Indication des époques.	JANV.	FÉV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL.
POUR CENTAGE DE LA MORTALITÉ EN CHIFFRES RÉELS.													
Fort-de-France.	20.8	20.5	24.6	26.9	32.4	29.0	26.2	20.4	22.2	25.5	22.7	13.1	23.2
Saint-Pierre.	17.8	17.7	17.1	26.8	19.0	30.4	28.4	21.9	32.4	18.0	21.0	23.7	23.0
Moyenne.	19.9	19.7	19.4	26.9	23.2	29.4	27.0	20.9	23.7	23.2	22.0	15.9	23.1
CHIFFRES CALCULÉS SUR LA NORMALE DE 1.00 PAR MOIS.													
Fort-de-France.	0.35	0.41	0.51	0.62	0.59	0.75	0.84	1.08	2.02	2.03	1.60	0.95	12.00
Saint-Pierre.	0.50	0.38	0.38	0.98	0.63	1.26	1.24	0 96	1.47	1.24	1.27	1.76	12.00
Moyenne.	0.35	0.33	0.47	0.72	0.60	0.89	0.94	1.04	1.82	1.80	1.61	1.17	12.00

Nous voyons par ce tableau que, toutes choses égales d'ailleurs, c'est au mois de juin que la maladie a semblé être la plus fréquemment mortelle. Les divers mois se rangent ainsi, juin, juillet, avril, septembre, mai, octobre, novembre, août, janvier, février, mars, décembre ; mais ce groupement ne nous dit pas grand'chose tout d'abord. En revanche, si nous classons les divers mois par trimestre, nous avons pour le premier 19,7, pour le second 26,5, pour le troisième 23,8, pour le quatrième 20,4. Ce groupement nous fait voir tout d'abord, que les moments les plus frais sont ceux où la fièvre jaune est le moins sévère, mais comme l'année ne se partage pas en réalité de cette manière, il s'ensuit que la division en trimestres d'hiver, de printemps, d'été et d'automne partant du 1er trimestre, peut donner de meilleures indications. Nous voyons en effet : Le trimestre d'hiver (décembre, janvier, février) à 18,6. — Le

trimestre de printemps (mars, avril, mai) à 23,2. — Le trimestre d'été (juin, juillet, août) à 25,8. — Le trimestre d'automne (septembre, octobre, novembre) à 22,3.

Cette division est plus féconde en enseignements; car nous savons que le trimestre d'hiver est le plus frais, de sorte qu'il s'en dégage déjà ce premier point que la fièvre jaune est moins sévère à ce moment. Le trimestre de printemps répond au moment le plus sec et nous comprenons par le chiffre de 23,2 que, bien que la saison soit moins favorable, elle est mieux partagée encore que celle du trimestre d'été, moment où les pluies sont les plus fréquentes et les plus abondantes. Quant au trimestre d'automne, le temps tendant à se rafraîchir et les pluies diminuant, on comprend que ses chiffres se rapprochent beaucoup de ceux du trimestre de printemps.

La seconde partie du tableau précédent, nous montre la mortalité d'après la disposition qui mettrait 1,00 à chaque mois s'il n'y avait pas des moments plus défavorables les uns que les autres; d'après lui, nous voyons que les mois d'août, de septembre, d'octobre, de novembre et de décembre, ont des chiffres supérieurs, tandis que les autres mois sont au-dessous de l'unité.

Mortalité comparée des divers degrés de la fièvre jaune.

Il était naturel de se demander quel est le danger que court un individu, suivant qu'il est atteint par un degré ou par un autre de la fièvre jaune. La réponse ne peut pas être bien précise, on le comprend, car mille conditions peuvent influer sur le résultat pour chaque cas en particulier, mais cependant, ces réserves étant faites, il est possible de donner quelques chiffres moyens, utiles seulement, faisons-y bien attention, pour fixer les idées d'une manière tout approximative. Or, si j'en crois les résultats auxquels je suis arrivé par l'inspection des faits dont la Martinique a été le théâtre, je dirai que, puisque sur 16,347 entrées, il y a eu 3,794 morts, on peut en déduire déjà que la mortalité examinée en général, est du 23,1 p. 100.

Sur 16,347 entrées, il y a eu environ :

10,796 du 1er degré, soit 66 p. 100.
2,772 du 2e degré, soit 17 —
2,288 du 3e degré, soit 14 —
491 du 4e degré, soit 3 —

Les	10,796	entrées de 1er degré	ont fourni	0	de mortalité,	soit	0	p. 100.
Les	2,772	— 2e	—	1173	—		41,2	—
Les	2,288	— 3e	—	2429	—		92,8	—
Les	491	— 4e	—	491	—		100,0	—
	16347	— totales	—	3794	—		23,1	—

Mais, hâtons-nous de le répéter, ce sont là seulement des approximations, et on aurait grand tort de prêter à ces chiffres une importance plus grande que celle qu'ils ont; j'en donnerai pour preuve que, tandis que nous sommes arrivé au chiffre de 23,1 de mortalité, les médecins brésiliens, ont trouvé le chiffre de 40,7 p. 100, dans l'épidémie de 1875-76 à Rio; — 2,998 atteintes, — 1,223 décès.

A quelle époque la mort survient-elle, c'est-à-dire combien de temps s'écoule-t-il entre l'invasion et le décès, dans les cas où la fièvre jaune a une terminaison funeste? — Telle est la question que nous devons nous poser maintenant.

En 1822 Lefort, en 1839 Câtel, en 1851 Amic, ont cherché à déterminer à quelle époque la mort survient dans la fièvre jaune, et ils ont analysé 530 cas sous ce rapport. J'ai voulu faire le même travail de mon côté et sur les 551 autopsies que j'ai recueillies, j'ai trouvé des indications suffisantes dans 529 cas, de sorte que les réunissant à ceux de mes éminents prédécesseurs, je puis présenter actuellement un tableau portant sur 1,059 observations.

TABLEAU

DE L'ÉPOQUE DE LA MORT DANS LA FIÈVRE JAUNE

(*Déduit de* 530 *cas indiqués par Lefort, Câtel et Amic, et de* 529 *cas pris dans les registres d'autopsie des hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre. — Total :* 1059 *observations.*)

Sont morts au	2e jour de la maladie	16,	soit :	1,5	p. 100.	
—	3e	—	56	—	5,3	—
—	4e	—	141	—	13,4	—
—	5e	—	165	—	15,7	—
—	6e	—	177	—	16,9	—
—	7e	—	151	—	14,3	—
—	8e	—	89	—	8,5	—
—	9e	—	42	—	3,9	—
—	10e	—	35	—	3,3	—
—	11e	—	28	—	2,6	—

TABLEAU

DE L'ÉPOQUE DE LA MORT DANS LA FIÈVRE JAUNE (*suite*)

Sont morts	au 12e	jour de la maladie	34,	soit :	3,2	p. 100.
—	13e	—	25	—	2,3	—
—	14e	—	21	—	1,9	—
—	15e	—	8	—	0,7	—
—	16e	—	7	—	0,6	—
—	17e	—	13	—	1,2	—
—	18e	—	6	—	0,5	—
—	19e	—	6	—	0,5	—
—	20e	—	7	—	0,6	—
—	21e	—	3	—	0,3	—
—	22e	—	2	—	0,2	—
—	23e	—	5	—	0,4	—
—	24e	—	3	—	0,3	—
—	25e	—	3	—	0,3	—
—	26e	—	5	—	0,4	—
—	27e	—	1	—	0,1	—
—	28e	—	1	—	0,1	—
—	29e	—	2	—	0,2	—
—	30e	—	1	—	0,1	—
—	31e	—	3	—	0,3	—
—	32e	—	1	—	0,1	—
—	33e	—	1	—	0,1	—
—	34e	—	»	—	»	—
—	35e	—	»	—	»	—
—	36e	—	1	—	0,1	—
			1,059		100	

Ce tableau nous montre que la mortalité survient surtout du 3e au 8e jour, et on peut dire en effet, d'après lui, que les individus qui doivent mourir de la fièvre jaune, sont emportés :

Du 3e au 5e jour, dans la proportion de 34 p. 100; — Du 5e au 7e jour, dans la proportion de 30 p. 100; — Dans la 1re semaine, il meurt le 67 p. 100; Dans les 10 premiers jours, il meurt le 82 p. 100; — Dans les deux premières semaines, il meurt le 93 p. 100. Enfin la moitié environ (53 p. 100) succombe dans les dix premiers jours de la maladie.

Dans le rapport de l'armée des États-Unis (circulaire no 1 pour 1868 p. 128), nous voyons que le docteur B. A. Clements a étu-

dié 111 cas mortels au point de vue qui nous occupe, et il est arrivé aux chiffres suivants :

La mort est survenue	4 fois	le second jour, soit	3,6	p. 100.
—	13 —	le troisième	11,7	—
—	14 —	le quatrième	12,6	—
—	14 —	le cinquième	12,6	—
—	15 —	le sixième	13,5	—
—	10 —	le septième	9,0	—
—	11 —	le huitième	9,9	—
—	3 —	le neuvième	2,8	—
—	7 —	le dixième	6,3	—
—	20 —	du 11e au 51e	18,0	—

Ces chiffres sont un peu différents de ceux qu'on a observés à la Martinique, mais on comprend que de pareils écarts ne soient pas très-extraordinaires, car en somme si, dans notre tableau, on trouve 34 p. 100 pour la mortalité des 3e 4e et 5e jour, on n'a que 36,9 pour la même période dans la statistique du docteur Clements. Dans cette statistique, il y a 35,1 au lieu de 30, pour la mortalité des 5, 6 et 7e jour. Nous trouvons aussi 73 p. 100 au lieu de 67 pour la mortalité de la première semaine. Enfin nous voyons que la mortalité des dix premiers jours, est semblable dans les deux tableaux : 82 p. 100.

M. Ballot a recherché la proportion de la mortalité suivant les corps de 1855 à 1857 et il est arrivé aux chiffres suivants : infanterie 14,9 8 p. 100 (67 malades 10 morts); — artillerie 71,0 (7-5) ; — gendarmerie 60,0 (5-3) ; — fonctionnaires 66,0 (6-4); — marine de commerce, officiers 30,6 (102-31) ; — marins 26,9 (1573-423). Mais remarquons que les chiffres de l'artillerie, de la gendarmerie et des fonctionnaires sont trop faibles pour entrer en ligne de compte ; quant aux autres, ils montrent bien, je crois, les diverses proportions que l'on observe habituellement.

Comment survient la mort dans la fièvre jaune?

Telle est la question que nous devons étudier maintenant, eh bien, nous dirons qu'elle est occasionnée, soit par asphyxie, soit par syncope, soit par convulsions.

La mort par asphyxie est celle qui s'observe le plus fréquemment dans la fièvre jaune. C'est dans les moments où la chaleur est forte, la brise faible et nulle, l'humidité de l'air très-grande qu'on la voit de préférence ; les malades sont oppressés, leur

respiration haute et suspirieuse est impuissante à hématoser convenablement le sang, la dyspnée survient, bientôt augmente, la cyanose se montre, des convulsions se produisent et la mort est la conséquence plus ou moins rapide de cette profonde atteinte des fonctions de la respiration.

La mort peut survenir par syncope, de la manière la plus soudaine et la plus imprévue. Le docteur Rufz de Lavison a vu un capitaine américain succomber comme foudroyé, en mettant ses bottes. Dans une salle d'hôpital, en 1869, un matin à la visite, le chef de service trouve qu'un malade avait la tête trop basse, il demande un oreiller à la sœur et, au moment où il relève, avec la main placée derrière l'occiput, la tête du malade qui répondait en ce moment à ses questions, la mort survient inopinément. Le docteur Cornillac (*loc. cit.* p. 588), cite un fait aussi frappant.

Quant à la raison qui fait que la mort survient dans la fièvre jaune, nous dirons que c'est par une des trois conditions suivantes bien mises en lumière par M. Jaccoud (*loc. cit.* p. 686) : Ou bien par la suppression de la fonction dépuratoire du foie. Ou bien par la suppression de la fonction dépuratoire des reins. Ou bien enfin, par une spoliation sanguine poussée au delà de la limite suffisante pour le fonctionnement des organes.

Le docteur Cornillac (p. 620) peint d'une manière imagée la mort de plusieurs malheureux atteints de fièvre jaune et termine son tableau par ces mots frappants : C'est une terrible chose à voir, que cette agonie accompagnée de cris arrachées par la souffrance, de paroles incohérentes, expression du délire que ces hommes à la face jaune grippée, barbouillés de sang et de matière noire, aux yeux d'un rouge fauve hagards, au corps et aux vêtements souillés de sang des hémorrhagies, qui s'élancent de leur couche, se roulent par terre et se tordent dans d'affreuses convulsions, ou bien conservant encore leur raison au milieu de ces cataclysmes de l'organisme, ils implorent en vain le médecin impuissant à les soulager et à les guérir.

CONVALESCENCE.

Nous n'avons pas à nous étendre longuement sur la convalescence de la fièvre jaune ; tout ce que nous avons dit précédemment, nous indique que dans les cas légers déjà elle est lente. Dans ceux qui sont plus intenses, elle est non-seulement plus lente, mais encore plus fragile et souvent traversé par des accidents.

On a signalé des éruptions furonculeuses pendant la convalescence. Des gangrènes survenant pour la moindre cause apparente la compliquent parfois très-gravement. Cornillac (*loc. cit.* p. 606) parle d'un ouvrier d'artillerie qui, étant en convalescence, fut pris d'un herpès de la lèvre inférieure, qui se transforma bientôt en gangrène de la face et du col et emporta le sujet. Dans quelques très-rares circonstances, on a vu des crises épileptiformes suivies d'émiplégie ou de paraplégie. Enfin disons que Lefort a signalé le fait d'un militaire, qui étant arrivé à la convalescence bien établie, est pris tout à coup de gêne de la respiration, de sueurs visqueuses, de refroidissement et succombe en quelques heures ; à l'autopsie, on trouva trois invaginations intestinales.

D'autre part, on a dit que les individus atteints par la fièvre jaune ne reprennent plus leurs couleurs; il y a là une évidente exagération, qui fait voir cependant que d'habitude le visage des convalescents de fièvre jaune, porte pendant fort longtemps l'empreinte de la maladie.

On a remarqué que l'infection palustre atteint facilement les convalescents de fièvre jaune, que la dysentérie, l'hépatite surviennent souvent. Bref tout ce que nous savons, nous montre qu'on a eu parfaitement raison d'insister sur ce fait que la convalescence est lente, pénible, difficile à mener à bonne fin dans les cas d'une certaine intensité et que, pendant longtemps après l'atteinte, le sujet est exposé à bien des accidents.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES SYMPTÔMES.

Après avoir tracé à grands traits la marche, la durée, la terminaison, les complications, rechutes et récidives de la fièvre jaune, il nous faut reprendre les divers symptômes qui la caractérisent pour en faire une analyse succincte; car nous ne devons pas oublier que la maladie qui nous occupe présentant, suivant les temps, les lieux et les individus, des différences assez tranchées parfois, il est difficile de s'en faire une idée suffisamment arrêtée, si on ne recourt pas à cette analyse, de ses divers phénomènes.

INCUBATION.

Une des premières questions qui devaient se poser aux observateurs de la fièvre jaune est celle de l'incubation; car dès le moment qu'on a reconnu l'influence considérable qu'exercent les communications humaines d'un pays à un autre et qu'on a eu l'idée d'appliquer des mesures sanitaires pour préserver les localités, il était nécessaire de savoir d'une manière précise combien de temps il s'écoule entre le moment où l'individu reçoit le germe et celui où cette maladie fait explosion.

Bally, Audouard, Dutrouleau et autres écrivains très-autorisés, ont dit que l'incubation de la fièvre jaune varie de trois à six jours. Mélier, qu'il faudra désormais toujours consulter quand on parlera de la fièvre jaune, partagea cette manière de voir dans son remarquable rapport sur les faits de Saint-Nazaire. Et, pour ma part, je suis tout porté à penser qu'en Europe on peut considérer toute chance de la maladie comme

épuisée, lorsqu'il s'est écoulé plus de sept jours depuis un contact suspect. Mais je crois aussi que, dans les pays chauds, et particulièrement à la Martinique, les conditions sont différentes.

La preuve que j'en puis donner, c'est que Donnet, par exemple, (arch. de méd. nav.,) a trouvé qu'à la Jamaïque sur 13 cas observés l'incubation a duré un jour pour quatre cas deux jours pour un; trois jours pour un autre; quatre jours pour deux; sept jours pour deux; huit jours pour un; treize et quatorze jours pour les deux derniers. M. Pereira estime qu'au Brésil l'incubation de la fièvre jaune varie de un à quatorze ou quinze jours. De son côté, Blair qui a étudié la fièvre jaune à la Guyane anglaise, considère aussi la durée de quatorze jours comme n'étant pas excessive. Enfin je dirai que le docteur Woodward et le docteur Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis, ont spécifié dans leur rapport sur la fièvre jaune des États du Sud (circular n° 1, report on epidémie cholera and Yellow fever; Vashington 1868, p. VIII) que plusieurs faits venus à leur connaissance leur ont démontré que l'incubation peut être de trois semaines et que le minimum de la quarantaine à imposer dans les États du Sud de l'Union est de vingt jours. Ces hommes si compétents vont plus loin, ils désireraient qu'on allât à vingt-cinq et même trente jours.

A priori on comprend d'ailleurs que l'incubation de la fièvre jaune, comme celle de toutes les maladies possibles, doit varier sous l'influence des conditions: Ainsi, par exemple, il est notoire que certains individus ont un organisme qui réagit plus ou moins vite. D'autre part, il est naturel d'admettre que l'activité des germes est variable de son côté suivant des conditions diverses qui peuvent se présenter. Enfin, en troisième lieu, on ne peut s'empêcher de croire que les conditions extérieures à l'individu doivent agir aussi sur la durée de l'incubation. De sorte qu'ici, comme toujours, on doit reconnaître que le développement de la maladie, l'incubation en d'autres termes, varie: 1° suivant les conditions que présente l'individu: réceptivité morbide, constitution, état actuel de la santé, etc., etc.; 2° suivant celles que présente le germe: plus ou moins grande virulence; 3° enfin suivant la température, l'humidité et maintes autres conditions de l'atmosphère que nous pouvons plus ou moins bien apprécier dans l'état actuel de nos connaissances.

Aussi, pour formuler notre opinion dans cette question, nous dirons que l'incubation peut bien être comme l'ont pensé tant

de nos illustres devanciers d'une semaine au plus en Europe, mais qu'à la Martinique, comme dans tous les pays tropicaux, le délai est trop court; il peut s'étendre jusqu'à quinze, vingt, vingt-cinq jours même. Par conséquent, la quarantaine de ving jours à imposer, le cas échéant, à un navire suspect, n'a rien d'excessif; c'est au contraire la limite commandée par la prudence dans l'état actuel de nos connaissances.

PRODROMES.

Nous avons précédemment suffisamment parlé des prodromes de la fièvre jaune pour n'avoir pas à y revenir ici pour savoir qu'ils ont été observés manifestement et que d'autres fois ils ont fait défaut. Qu'ils durent un à deux ou trois jours. Que la sécheresse de la peau, la fétidité de l'haleine et maints autres troubles les ont constitués souvent. Nous pouvons donc passer à une autre étude. Cependant n'oublions pas de dire, à titre de digression, qu'un purgatif pris au moment où se manifestent ces prodromes a paru avoir souvent une action si heureuse sur la maladie qu'il faut recommander aux médecins qui se trouveront désormais en présence de la fièvre jaune, d'employer ce moyen dans les rares cas où ils seront appelés auprès des individus à cette période.

INVASION.

L'invasion de la fièvre jaune se fait de diverses manières suivant les cas. Ainsi, chez certains individus, cette invasion est brusque, de telle sorte qu'il s'écoule peu d'instants entre l'état de santé apparente et celui de la maladie confirmée. Ce fait s'observe de préférence dans les grandes épidémies ou dans les moments de grande sévérité de la maladie. Dans d'autres cas, au contraire, les phénomènes morbides vont apparaissant peu à peu et s'accentuent à mesure, de telle sorte qu'on est prévenu, pour ainsi dire, de l'arrivée de la maladie un ou plusieurs jours avant qu'elle ne se soit manifestée.

Pour ce qui est des invasions brusques ou au moins rapides, M. le docteur Langellier croit avoir observé que la fièvre jaune éclatait plus particulièrement pendant la nuit après le premier sommeil qui était interrompu par le malaise et les douleurs de l'invasion. Savaresi, Bally et plusieurs autres, ont cru constater

que cette invasion survient le matin peu d'instants avant le jour.

Dans le cas de ces invasions lentes et procédant par des gradations plus ou moins rapides, il arrive souvent que le premier phénomène indiqué par le sujet est une lassitude inusitée; un léger état de maladie passager à certains moments du jour; des sortes de frissons ou même des horripilations; des bâillements; en un mot, un état plus facile à comprendre qu'à décrire et qu'on caractérise très-bien par le mot d'agacement, d'énervement. Chez certains sujets le sommeil est lourd, troublé de nombreux cauchemars qui ne sont que l'indice du trouble commençant de l'organisme; ils s'éveillent en sursaut, ayant un sentiment de terreur souvent; quelques-uns se sentent mal de tête, éprouvent des bouffés de chaleur qui alternent avec des frissons, etc., etc. Chez plusieurs l'invasion est précédée d'une tristesse et d'un abattement insolites. Chez d'autres il existe au contraire une agitation plus ou moins manifeste.

Chez les individus impaludés la fièvre jaune débute souvent par des accès de fièvre, de telle sorte qu'il est extrêmement difficile de déterminer là où cesse l'impaludation et où commence l'invasion amarile. Cette particularité explique pourquoi certains médecins ont pu, de la meilleure foi du monde, croire à une essence paludéenne de la maladie ou bien admettre que le paludisme pouvait se transformer insensiblement en fièvre jaune sous l'influence de certaines conditions extérieures. Disons, d'ailleurs, que même en dehors des cas d'impaludation on a constaté quelquefois que la fièvre jaune débutait par un intense frisson.

L'appétit est diminué, aboli quelquefois, ce qui explique pourquoi certains sujets ont cherché parfois à le stimuler par l'emploi d'aliments de haut goût, des boissons alcooliques, d'infusions de thé ou de café dans les jours qui précèdent l'invasion de la maladie. La digestion est le plus souvent lente, pénible, difficile; des borborygmes, des coliques, de la diarrhée ont souvent signalé l'atteinte morbide.

En nous occupant des prodromes, nous avons dit qu'il est souvent fort utile de donner un purgatif à ce moment. On comprend qu'*à fortiori* cette pratique est indiquée péremptoirement dans le cas actuel.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Nous avons déjà étudié bien des particularités de la première

période, nous avons cependant quelques détails à y ajouter et, tout d'abord, nous dirons que maints observateurs ont pensé que cette première période pouvait s'écouler à peu près sans fièvre. Nous citerons, à l'appui de cette opinion, qu'en 1821 Lefort constata, à la fin de l'hivernage, que le début de la fièvre jaune était souvent équivoque, que les premiers symptômes étaient peu marqués, insidieux, de sorte que la maladie semblait débuter d'emblée par la seconde période et ajoutons que, dans ces cas, elle était très-grave.

Le même fait se présente parfois chez les individus profondément anémiés. On dirait, dans ces cas, que l'organisme n'a pas la force de faire les frais d'une réaction fébrile suffisante contre l'empoisonnement morbide. Remarquons aussi que dans plusieurs cas de la catégorie des sidérants les phénomènes se passent de cette manière, de sorte que nous pouvons admettre en principe que cette absence de période fébrile est un signe pronostic du plus fâcheux augure.

Néanmoins la première période est constituée dans l'immense majorité des cas, par des phénomènes fébriles qui justifient pleinement le nom de période de réaction générale, de même que la seconde période mérite très-bien l'expression employée par le professeur Jaccoud : période de localisation.

La question du type de la fièvre qui constitue la première période, a préoccupé les médecins qui ont écrit sur la fièvre jaune, les uns ont admis qu'elle a le type continu, d'autres ont fait la concession qu'il y a des paroxymes, mais ni rémittence, ni intermittence, à vrai dire. En parlant de la température et du pouls, nous verrons que c'est en effet une fièvre continue à paroxysmes qu'on observe le plus souvent. Nous croyons aussi que c'est parce qu'on a voulu faire une règle générale avec des cas exceptionnels, qu'on a soutenu l'opinion d'une véritable intermittence se prolongeant au delà de la période prodromique.

On a fixé la durée de la période inflammatoire de la fièvre jaune à 72 heures environ. Ce que nous avons dit précédemment, nous montre que, dans certaines circonstances, il peut y avoir un écart plus ou moins marqué ; d'ailleurs il faut établir des catégorisations et nous renvoyons pour le complément de cette étude de la première période, aux paragraphes qui traitent de la température et du pouls. Nous y verrons que la période fébrile peut varier, suivant qu'on a affaire à une atteinte légère, moyenne ou intense, suivant aussi qu'on est en présence d'un cas franc ou insidieux.

Au moment où la première période de la fièvre jaune va cesser, on a noté parfois une sueur abondante, une véritable hypercrinie, qui a paru être un signe pronostic favorable, parce qu'il indique que la maladie va s'arrêter là pour ainsi dire. Mais trop souvent, cette sueur est hésitante, d'une poussée imparfaite, et disons que sa cessation rapide, que son évolution incomplète, sont l'indice de la grande gravité de l'atteinte.

Disons aussi, pour terminer ce qui a trait à la période actuelle, qu'au moment où elle tire à sa fin, la face perd de son animation, pâlit et bientôt, si l'on a affaire à un degré léger, on voit la pâleur plus ou moins bistrée de la convalescence, parfois un peu d'ictère se manifester, tandis que si on a affaire à un cas grave, la teinte se bistre davantage et l'ictère s'accentue le plus souvent d'une manière bien marquée.

RÉMISSION.

Nous n'avons pas grand'chose à ajouter à ce que nous avons dit déjà de la rémission. Il ne faut pas oublier que dans les cas graves, cette rémission est moins complète qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord et d'après les indications que donne le malade, car le malheureux se trouve plus soulagé qu'il ne l'est réellement dans ce moment. Si on le touche, on s'aperçoit bientôt que la peau est restée chaude et sèche, que la sensation de bien-être relatif qu'il éprouve, n'est pas l'expression de la réalité.

Au moment de la rémission, l'injection des conjonctives se modifie. Dans les cas légers elle diminue, de telle sorte que l'aspect des yeux redevient naturel. Dans les cas graves au contraire, la couleur rose vif du début, devient d'un rouge plus brun, se mêle même à un fond jaune plus ou moins apparent, ce qui donne une apparence spéciale bien différente de l'état normal.

Finissons en disant que la rémission est variable, dans sa durée, ainsi que nous l'avons noté déjà ; dans quelques cas, elle dure vingt-quatre à quarante-huit heures ; dans ceux qui présentent une intensité considérable, on l'a vu être de huit à douze heures seulement et comme nous l'avons spécifié précédemment être assez obscure pour ne pas pouvoir être bien délimité de la période terminale de la maladie. Cette rémission si apparente à la vue, est bien moins sensible et même n'est pas indiquée par le thermomètre dans bien des cas.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Nous avons vu précédemment que la seconde période, est très-différente suivant l'intensité de l'atteinte de fièvre jaune; en effet, il y a une telle différence du degré léger au degré intense, qu'il est assez difficile de faire entrer toutes les nuances dans un cadre unique, si on n'établit pas de nombreuses coupures. Nous ferons remarquer que la persistance de la fièvre dans cette période de *localisation*, est un fait sur lequel on n'a pas suffisamment insisté encore, comme le dit le professeur Jaccoud et que la gravité de la maladie est en rapport avec l'état du pouls et de la température à ce moment.

La qualification de période de *localisation* donnée à la phase qui nous occupe est très-heureuse et rend bien compte de la situation, en effet chez l'un, les phénomènes de vomissements, chez d'autres, les hémorrhagies, chez nombre d'entre eux, un état typhoïde, adynamique, ataxique, un délire calme ou furieux, etc., sont les symptômes prédominants et souvent, pourrait-on dire, l'accident du moment.

ASPECT EXTÉRIEUR.

L'aspect extérieur du malade est très-variable, suivant le degré de l'atteinte et surtout suivant la période. Au début, la couleur de la face est rouge, les yeux sont injectés, avons-nous dit. puis la face pâlit avec la rémission et le sujet est seulement pâle ou bien ictérique, cyanosé en quelques parties, suivant que la maladie est plus ou moins légère.

Face.

La face a un aspect tellement caractéristique dans la première période, qu'on reconnaîtrait très-généralement, si nous faisons abstraction des cas exceptionnels, un individu atteint de fièvre jaune entre mille, en passant devant son lit dans une salle d'hôpital. Le masque rouge dont nous avons parlé à plusieurs reprises est très-accusé à ce moment. Plus tard, l'injection des conjonctives peut encore frapper l'attention, mais c'est surtout l'ictère qui accompagne la seconde période dans les cas graves, qui attire le regard.

Peu après l'invasion, souvent moins d'une heure après les

premiers phénomènes morbides, l'aspect de la face est tel qu'on peut l'appeler caractéristique. De pâle et de naturelle qu'elle était, cette face est devenue vultueuse, rouge comme dans le début des fièvres éruptives, les noms de couleur acajou, couleur framboise, couleur vineuse, rendent très-bien compte de l'impression de l'observateur.

La coloration rouge qu'on a appelée avec raison le *masque*, est plus marquée naturellement chez les sujets pléthoriques, chez ceux qui arrivent d'Europe, que chez les vieux coloniaux, les valétudinaires; il faut faire en ceci comme toujours la part de ce qui était avant. Mais, néanmoins, ces réserves étant faites, on peut dire que cette coloration est constante et pathognomonique et d'ailleurs, le passage suivant d'un rapport de Dutrouleau nous en donne la preuve.

« On comprend que sur des hommes fatigués par un long séjour dans les pays chauds et la plupart épuisés par des maladies nombreuses, la fièvre jaune n'offre pas la même physionomie que chez les Européens récemment arrivés. Ainsi rarement, ils ont présenté le masque caractéristique de la maladie, mais l'injection des yeux ne manquait pas. Très-souvent, c'était par un accès à fièvre paludéenne que débutait la maladie, et la transpiration était abondante, il ne fallait pas s'y laisser prendre. D'autres fois, la fièvre était peu prononcée et l'ictère apparaissait dès le début (Dutrouleau 3e trimestre 1852).

Yeux.

Les yeux sont larmoyants et brillants d'une manière très-remarquable, la conjonctive richement et finement injectée, la pupille dilatée, tandis que le malade se plaint de l'intensité de la lumière du jour et cherche à se soustraire à la clarté dans la première période. Cette injection des conjonctives pâlit à la rémission si l'atteinte est légère, dans le cas contraire, elle brunit et peu après une teinte ictérique vient poindre, s'accentuant de plus en plus; disons enfin que, dans certains cas graves, on a observé dans la seconde période, des hémorrhagies oculaires qui ont produit soit des suffusions sous-conjonctivales, soit un écoulement de sang le long des joues et dans les environs des commissures des paupières.

Doigts.

Lorsqu'on examine les doigts d'un individu atteint de fièvre

jaune, au début on voit sous les ongles une injection rougeâtre bien accusée dans la grande majorité des cas et cette injection s'étend souvent aussi à la face palmaire; plus tard, lorsque la maladie est sévère, cette teinte rouge brunit peu à peu et arrive à la cyanose, même dans les derniers jours ou les derniers moments des atteintes mortelles.

Lèvres.

Au moment où la maladie fait irruption, on voit les lèvres présenter une couleur rouge-cerise intense en général, indice d'une réplétion du capillaire analogue à celle qui donne à la face son apparence caractéristique. Ces lèvres pâlissent naturellement et, dans une petite limite, ne présentent, à vrai dire, aucune particularité remarquable, sinon un peu d'herpès labialis au moment de la rémission dans les atteintes légères, tandis qu'au contraire elles vont être le siége des phénomènes spéciaux, dans les cas où la maladie sera plus sévère.

En effet, pendant la rémission dans les atteintes graves, elles conservent une rougeur de mauvais aloi et tendent même à devenir un peu violacées. Quelquefois l'épithélium se desquame et il se produit des fissures qui deviennent le siége d'un suintement sanguin plus ou moins abondant, dans quelques cas elles se couvrent des fuliginosités; dans d'autres cas elles deviennent sèches, luisantes, comme si leur épithélium s'était aminci et se réduisait à une couche très-légère de vernis qui semble prêt à se laisser traverser par le sang.

Peau.

En outre de la coloration spéciale que présente la face dans la fièvre jaune, il faut nous occuper de la teinte que prend la peau. Cette membrane est en effet colorée en rouge pendant la première période, de telle manière qu'on pourrait penser qu'on a affaire à une véritable fièvre éruptive. Quelques observateurs ont été portés à considérer ces éruptions cutanées comme appartenant à la Dengue, opinion que nous ne saurions partager, ainsi que nous l'avons dit déjà en parlant de la fièvre bilieuse inflammatoire (De la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles. Paris 1878).

Cette coloration rouge de la première période n'est pas uniforme; beaucoup plus intense sur le cou et la partie supérieure

du thorax, elle est moins accusée aux bras et sur l'abdomen, moins encore aux cuisses et aux avant-bras.

Cette pensée que la fièvre jaune a des liens de parenté avec les fièvres éruptives, émise depuis longtemps, mérite à mon avis de préoccuper sérieusement les observateurs, car, pour ma part, je suis convaincu d'après ce que j'ai vu au Sénégal comme à la Martinique, qu'il y a là une inconnue importante à dégager.

Dans maintes circonstances, on a signalé des éruptions cutanées dans la fièvre jaune et ces éruptions sont de diverses natures ; tantôt ce sont de simples taches plus ou moins étendues, discrètes ou confluentes ; tantôt ce sont de petites élevures, de véritables papules ; tantôt enfin des vésicules ; quelquefois (Leconte, Guyane 1850) l'éruption ressemble à la rougeole ; d'autres fois elles ont été comparées aux bourbouilles ; quelques faits ont été rapprochés de la roséole, on a parlé de ses liens de parenté avec la Dengue. Un observateur attentionné pourrait, j'en suis certain, trouver bien d'autres analogies. Disons un mot rapide de ces diverses éruptions.

Rougeurs, Élevures, Papules.

Dans quelques cas on voit la couleur rouge être tellement intense au cou et sur la poitrine qu'on dirait une véritable scarlatine, la peau est même légèrement rugueuse au toucher. Dans quelques autres cas, ces rougeurs sont composées de deux éléments : 1° un fond rouge général et uniforme de toute la région ; 2° des taches grosses comme des lentilles, à forme obscurément circulaire, mais à bords mal délimités ; quelque chose d'analogue à ce qui se voit par exemple au début de la variole avant que les vésicules n'aient eu le temps de surgir. Dans quelques-uns de ces cas, le doigt promené sur la surface cutanée ne trouve aucune différence de niveau ; dans d'autres on sent une petite élevure papuleuse. Pour ces taches, accompagnées ou non d'élevures comme pour les taches ombrées, il ne faut pas penser que l'existence de l'éruption, son accentuation plus ou moins grande, sa confluence soient un signe de gravité. Au contraire, peut être ; car sans pouvoir l'affirmer très-positivement, je dirai qu'il m'a semblé que, lorsque cette éruption était bien sortie pendant la période fébrile, il survenait une détente de bon aloi, une légère desquamation furfuracée et bientôt une convalescence franche.

Dengue.

On a rattaché une partie des éruptions de la fièvre jaune à la Dengue. Dans certains pays comme Cuba, par exemple, on appelle depuis longtemps de ce nom de Dengue, une maladie qui m'a tout à fait l'air de n'être que la fièvre inflammatoire et non cette fièvre rhumatismale, articulaire, rouge, signalée dans l'Inde et divers pays de l'Océan indien. Il en est résulté une confusion très-fâcheuse à mon avis, car on parle depuis d'épidémie de dengue ayant précédé, signalé, accompagné ou suivi la fièvre jaune et paraissant avoir un lien étroit de parenté avec elle.

Je ne puis partager une pareille opinion entièrement et je persiste à penser, malgré ce qu'ont écrit là-dessus des praticiens éminents de toutes les colonies Antilliennes, Françaises ou étrangères, que c'est à tort qu'on attribuerait toutes les éruptions signalées comme dengue à la véritable fièvre rouge émanée de l'Inde et que les médecins de la marine, M. J. Rochard en tête, ont si bien décrite dans maintes études plus ou moins étendues. Je reconnais que cette dengue a régné parfois, on en a la preuve évidente par son existence sur des bâtiments chargés de coolies indiens ou chinois, arrivant dans divers points de la mer des Antilles et la transmettant de là de proche en proche d'une manière parfaitement évidente. Mais, à côté de cette dengue, il faut admettre aussi des éruptions de la fièvre jaune et de la fièvre inflammatoire absolument distinctes. Ce qui le démontre, je crois, c'est qu'elles ont été constatées dans certains cas où il était impossible de se ranger à l'idée de l'existence de la dengue. Bien plus, dans certains cas de l'épidémie de Gibraltar et de Barcelone, c'est-à-dire au commencement du siècle actuel et à un moment où il n'était absolument pas question de la fièvre rouge, on a vu des atteintes de fièvre jaune présenter des éruptions absolument semblables.

Éruptions ortiées.

Dans quelques cas, on a vu dans la fièvre jaune comme dans la fièvre inflammatoire des éruptions ortiées. Je renvoie à la description que j'en ai faite, en parlant de la fièvre inflammatoire des Antilles. — J'ajouterai cependant que la forme purpurine du Dr Lyons n'est probablement constituée que par ces cas dont j'ai parlé et où il y a une sorte d'urticaire à répétition.

Taches ombrées.

On a observé tant dans la fièvre jaune que dans la fièvre bilieuse inflammatoire des taches sur le tronc de l'individu. J'ai constaté pour ma part dans maints cas de cette dernière maladie ce qui a été appelé les taches ombrées. J'ajouterai que la signification de ces taches n'est pas plus connue pour le typhus amaril que pour la fièvre typhoïde, par exemple. Dans tous les cas, elles ne sont pas l'indice d'une plus ou moins grande gravité, car j'ai vu des atteintes légères comme des atteintes graves les présenter.

Cette question des éruptions dans la fièvre jaune est très-obscure encore, j'en conviens, mais elle a son importance, je le répète, et j'appelle l'attention de nos successeurs sur son élucidation qui peut, j'en ai le pressentiment, nous faire faire un pas très-heureux dans la connaissance de la maladie.

Au moment de la rémission, nombre d'observations ont constaté une éruption d'herpès labialis ; je l'ai vu aussi dans la fièvre inflammatoire et je n'ai pu saisir aucune relation encore entre cette éruption et la gravité ou l'insidiosité de la maladie.

Pendant la rémission, les éruptions, quelles qu'elles soient, pâlissent et bientôt disparaissent, il survient alors quelquefois des sudamina au cou, à la poitrine et au ventre (voir le livre du Dr Cornillac, p. 476), et mon travail sur la fièvre inflammatoire des Antilles.

Dans la seconde période de la maladie, il n'y a plus ces éruptions cutanées dont nous avons parlé pour la première période. mais dans les cas graves on voit parfois apparaître de larges plaques plus ou moins rouges sur la peau du corps. Ces plaques qui sont sans élevures et constituées par un changement de couleur qui se passe dans le derme précèdent souvent de véritables ecchymoses. N'oublions pas de dire qu'on a noté quelques rares fois une éruption d'urticaire, sans qu'il soit possible de dire si c'est ou non un signe défavorable.

Dans quelques rares cas aussi, on a signalé des phlyctènes contenant une sérosité sanguinolente, chez les individus arrivés à la fin de la seconde période de la fièvre jaune et devant succomber. D'autre part, on a vu à cette même période, des pétéchies plus ou moins nombreuses, mais que nous ne signalons que pour mémoire car elles n'ont rien de spécial au typhus amaril. Enfin signalons que des sugillations ecchymotiques appa-

raissent même avant la mort, chez certains individus que des ecchymoses sous-cutanées et inter-musculaires ont été signalées; de sorte que lorsque la maladie se prolonge pendant un certain temps, on peut dire que la décomposition cadavérique a commencé avant la mort.

Sueur.

La sueur ne présente pas un intérêt de premier ordre dans la fièvre jaune, mais cependant elle apporte son appoint à la connaissance de la maladie. Nous dirons tout d'abord que, pendant la période prodromique, elle se présente parfois à la fin d'un accès, qui souvent a été pris pour une atteinte paludéenne et, dans ce cas, elle n'a aucun caractère spécial. Le plus souvent cependant, cette sueur fait défaut sur la peau pendant les prodromes et la première période de la fièvre jaune. Tout le monde connaît la légende du voyageur entrant dans une boutique de la Vera-Cruz pour se faire raser et auquel le barbier dit : *Vous aurez le vomito ce soir, parce que le savon que je passe sur votre menton sèche à mesure. Depuis vingt ans que je fais le métier, ce signe ne m'a jamais trompé.*

Le fin de la première période est signalée souvent par une sueur abondante, critique, dirait-on presque, sueur souvent odorante, comme nous le verrons dans un instant. On a dit que, lorsque ces sueurs de la rémission étaient copieuses et de bon aloi, la maladie se jugeait dans un sens favorable; la chose n'est pas aussi absolue, mais cependant il est incontestable que, lorsque la rémission n'est pas franche et que la maladie tend à s'aggraver, les sueurs sont fugaces, partielles et différentes de cette exhalation aqueuse, halitueuse et douce, qui caractérise le retour à la convalescence à la suite des pyrexies.

Pendant la seconde période, on voit survenir parfois des sueurs, mais, on le comprend, elles ont une signification très-différente suivant les cas; en effet, lorsqu'elles apparaissent en même temps que d'autres phénomènes favorables et qu'elles humectent la peau d'une manière louable, constituant même parfois une crise salutaire, on comprend qu'elles sont d'un bon augure.

Au contraire, quand des sueurs partielles, plus ou moins froides, visqueuses, se montrent dans le moment où des phénomènes de mauvais aloi se manifestent, on comprend que le pronostic est on ne peut plus mauvais.

La composition de la sueur dans la fièvre jaune, présente un intérêt sinon bien important, au moins capable de piquer la curiosité de plus d'un observateur. Le docteur Lallemand au Brésil a signalé une odeur urineuse exhalée par la sueur ; le docteur Blair, chirurgien général de la Guyane anglaise cité par M. Cornillac (p. 516), a trouvé au microscope des cristaux de chlorure de sodium dans la sueur de quelques-uns de ses malades.

Si on songe que dans les cas graves de la fièvre jaune la sécrétion urinaire est très-diminuée, souvent même tarie, on comprend, sans qu'on ait besoin de faire intervenir l'urémie, que la sueur présente l'odeur et la composition chimique en rapport avec l'élimination complémentaire dont elle est chargée dans l'organisme.

Odeur.

La sueur que le malade présente plus ou moins à la fin de la première période, a souvent une odeur spéciale qui a été signalée par de nombreux auteurs ; comparée par les uns à l'odeur de souris, par les autres à celle de la paille en fermentation. Elle a été comparée à d'autres odeurs encore d'une manière plus ou moins heureuse.

Dans certains cas j'ai vu cette odeur être très-forte dans la simple fièvre inflammatoire, de sorte qu'on ne peut penser à une relation directe entre cette odeur et la gravité de la maladie.

L'odeur exhalée par le corps du malade arrivé à la seconde période, est généralement forte, même avant que des phénomènes de décomposition se soient manifestés. Cette odeur qu'on a comparée, ai-je dit, à celle de la paille pourrie, à celle qu'exhalent les pois secs, quand on les retire de la chaudière fermée jusque-là, est extrêmement désagréable ; elle est assez forte pour que les salles de malades et même les chambres où il y a eu un seul individu atteint de la maladie, aient une atmosphère fétide. Il est inutile d'entrer dans plus de détails, seulement remarquons en passant que cette odeur est éminemment malsaine, car si on s'en souvient, un nombre infini d'atteintes a paru se succéder et reconnaître pour cause l'exposition d'un individu sain aux émanations des malades.

Scrotum et anus.

Le scrotum et la marge de l'anus présentent des particularités

dignes de frapper l'observateur dans le courant de la fièvre jaune. Au début, et dès les premières heures qui suivent l'invasion, le scrotum est le plus souvent le siége d'une coloration rouge manifeste, véritable érythème.

Notre savant camarade le docteur Corre, médecin de la marine, l'a constaté maintes fois au Mexique, et il en parle en détail tant dans sa thèse que dans son travail inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1869.

Le docteur Crouillebois, médecin distingué de l'armée, qui a étudié avec grand soin la fièvre jaune à la Vera-Cruz, s'est occupé de l'érythème du scrotum. Cet érythème suit, dit-il, de très-près l'invasion de la maladie, de sorte que la plupart des malades le présentent à la première période, il présente ces particularités de rougeur et d'irritation qui le constituent.

Vers la fin de la période fébrile, et au moment de la rémission, cet érythème des bourses se modifie et se termine d'une des trois manières suivantes, dit-il avec grande raison.

A. Une desquamation de l'épiderme.

B. Cette desquamation en certains endroits; çà et là des fissures allant jusqu'au derme et des surfaces vésiquées.

C. Cette desquamation en certains endroits, et une ou plusieurs eschares molles, circulaires, larges comme une pièce de vingt ou de cinquante centimes. Ces eschares sont entourées d'un cercle inflammatoire et laissent après leur élimination des ulcérations occupant une bonne partie du derme.

Lorsque la maladie est au premier degré, cet érythème scrotal est en général modéré, mais il s'accentue parfois d'une manière plus marquée. Dans les atteintes plus graves il y a vésication, ulcération, gangrène, même d'une portion plus ou moins étendue de la peau des bourses.

L'érythème des bourses existait très-probablement chez les malades de l'épidémie de 1821, car Lefort en signale des exemples. M. Cornillac l'a constaté sans y attacher d'importance dans l'épidémie de 1851 ; il l'a trouvé constant dans l'épidémie de 1869, étant prévenu de l'existence de ce phénomène par les recherches du docteur Corre.

Pour ma part, je suis arrivé à penser que l'érythème scrotal est un phénomène pathognomonique des atteintes amariles, depuis la fièvre inflammatoire la plus légère, jusqu'à la fièvre jaune la plus intense. Je base mon opinion sur ce qu'en 1876 et 1877, je l'ai trouvé toujours chez les sujets atteints par la fièvre inflammatoire, je le fis remarquer à nombre de mes

jeunes camarades, et, quelques-uns d'entre eux appelés à aller à la Guyane où régnait la fièvre jaune, le retrouvèrent dans les atteintes du typhus amaril d'une manière constante, dès que leur attention eut été appelée sur ce point.

C'est parce qu'on n'avait pas apprécié encore sa signification, et non parce qu'il n'existait réellement pas, qu'on n'en a pas parlé d'une manière bien précise dans les relations des épidémies du siècle dernier, et du commencement de celui-ci, tant en Amérique qu'en Europe. Je dirai pour le prouver que je l'ai trouvée indiquée dans maintes observations de Bally, Savarési, Dariste, etc., etc., qui notaient la chose sans y voir rien departicular ni d'extraordinaire.

L'érythème des bourses a son analogue sur les grandes lèvres des femmes, j'en ai eu la preuve manifeste à maintes reprises dans la fièvre inflammatoire. Si les auteurs ne sont pas plus affirmatifs jusqu'ici, ce n'est pas à son absence qu'il faut l'attribuer, mais au sentiment de pudeur qui fait que la femme ne parle pas volontiers des parties génitales. L'écoulement des règles qui survient très-souvent et auquel la femme attribue l'irritation qu'elle ressent lui est cependant tout à fait étranger.

M. Cornillac a constaté (p. 465), que la marge de l'anus est entourée d'un anneau d'un rose vif analogue en tout à l'érythème scrotal, cet anneau existe aussi dans la fièvre inflammatoire et se prête absolument à toutes les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer il y a un moment.

Ictère.

La question de l'ictère de la fièvre jaune, présente le plus grand intérêt. Depuis longtemps déjà, elle a préoccupé nombre de médecins, mais depuis les remarquables travaux de M. le professeur Gubler en France, de MM. Saint-Vel, Ballot, Chapuis à la Martinique, elle a pris une importance plus grande encore.

Dans la situation où je suis placé ici, je ne puis, on le comprend, faire un exposé complet des connaissances actuelles de la science sur l'ictère dans la fièvre jaune, aussi ne dirai-je que ce qu'il est strictement nécessaire de savoir quant à présent au lit du malade, une étude plus étendue appartiendrait à l'histoire générale de la maladie.

Nous avons dit que, pendant la première période, la peau a une teinte rougeâtre qui, ainsi que l'a bien fait observer Dutrouleau, mériterait de faire appeler la maladie fièvre rouge au

lieu de fièvre jaune, si la situation ne devait pas changer à la seconde période. Dans les cas légers cette teinte pâlit simplement au moment de la rémission le plus souvent, et on ne voit pas survenir d'ictère alors. Mais dans les cas moyens déjà, et à *fortiori* dans les cas graves 72, 84, ou 96 heures après l'invasion, la teinte jaune se manifeste débutant généralement par le sillon naso-labial, la paupière, le front, les oreilles, et s'étendant bientôt à la face, au cou et à la partie supépieure de la poitrine, aux endroits, en un mot, où primitivement la teinte rouge était la plus accusée.

Dans les cas de moyenne ou de grande intensité, lorsque la maladie parcourt ses périodes d'une manière suffisamment ménagée, on voit la coloration jaune se manifester d'une manière bien évidente d'abord, puis assez souvent s'accentuer davantage et le plus ordinairement alors on découvre de notables quantités de bile dans l'urine.

Dans les cas graves à marche très-rapide, l'ictère n'a pas le temps, pour ainsi dire, de se montrer pendant la vie et ne se manifeste qu'après la mort, mais à cette époque, il ne fait pas défaut. Aussi Dutrouleau a-t-il pu dire avec raison qu'on pourrait révoquer en doute la fièvre jaune sur un cadavre qui ne présenterait aucune trace d'ictère. Avant lui, Rochoux (Recherches sur la fièvre jaune p. 124) avait apporté un appoint très-important dans la question en disant : « A l'égard de l'ictère il y a une différence à faire entre les malades qui guérissent et ceux qui succombent. Parmi les derniers, c'est tout au plus si un sur cent échappe à une jaunisse dont on puisse apercevoir les traces sur la conjonctive, le visage, le cou ou la poitrine. Dans le nombre de ceux qui guérissent, au contraire, il y en a au moins la moitié qui n'éprouvent pas de jaunisse. »

Je ne puis laisser passer cette citation sans faire une digression qui me paraît très-importante dans la question de la fièvre jaune : Et en effet, Rochoux convient que la moitié des malades qui guérissent ne présentent pas d'ictère ; or si nous retranchons le symptôme jaunisse à la description de la fièvre jaune, il ne nous reste plus que la fièvre bilieuse dite inflammatoire et encore dans ses degrés légers ; de sorte qu'alors, ou bien il faut reconnaître que cette fièvre inflammatoire n'est que le degré léger de la fièvre jaune, ou bien admettre que la moitié des individus est seulement touchée par la fièvre inflammatoire en temps d'épidémie de typhus amaril.

Revenant à notre description nous dirons que :

Quand on examine de près les malades de fièvre jaune arrivés à la période de localisation, on ne tarde pas à constater que l'ictère n'est pas toujours semblable. Les malades peuvent se ranger sous ce rapport en deux catégories bien tranchées, aussi dans le courant du siècle dernier déjà et au commencement de celui-ci, Bally, Keraudren, Rochoux, et nombre d'autres observateurs avaient-ils signalé cette particularité de deux teintes ictériques assez dissemblables; Audouard était allé même plus loin, il avait appelé l'attention sur l'origine sanguine commune de l'ictère et des ecchymoses dans la fièvre jaune.

Néanmoins les choses étaient restées dans un vague très-obscur jusqu'à l'épidémie de 1850-1858, moment où, s'inspirant des acquisitions récentes de la science sur la jaunisse, le docteur Saint-Vel qui exerçait la médecine à Saint-Pierre, fit admettre par ses recherches et ses démonstrations que dans la fièvre jaune il y a deux ictères bien différents : Le premier constant et caractéristique apparaît dès les premiers jours ou se montre sur le cadavre seulement quand la mort a été trop prompte. C'est un ictère qui ne provient pas de la bile, car on ne trouve pas les éléments de cette bile ici dans les urines, ni dans le sang. Cet ictère coïncide avec un ralentissement remarquable dans la circulation capillaire, mais n'est pas concomitant avec un grand ralentissement du pouls.

Le second ictère qu'on peut appeler accidentel et sans signification pathognonomique, n'apparaît que plus ou moins tard dans la seconde période, se montre dans un nombre limité de cas, coïncide parfois avec un ralentissement plus ou moins grand du pouls et s'accompagne souvent d'éruptions furonculaires. Ce second ictère est une véritable cholémie, et la preuve c'est qu'on trouve alors les éléments de la bile dans le sang et dans les urines.

MM. Chapuis et Ballot, qui suivirent les travaux de M. Saint-Vel à Saint-Pierre même, partagèrent entièrement sa manière de voir et M. Ballot ajouta les caractères différentiels suivants à ceux qui avaient été signalés déjà : C'est au commencement de la seconde période, de suite après la rémission que se déclare l'ictère caractéristique ou pathognomonique, il se manifeste par la décoloration de la face, une légère teinte safranée des conjonctives et de la peau sur le trajet des gros vaisseaux, il coïncide avec la période hémorrhagique et semble produit par une sorte de transsudation du sérum hors des vaisseaux, ce qui permettrait de l'appeler l'*ictère séreux*, l'*ictère hémorrhagique*, il

est concomitant avec la présence de l'albumine et l'absence de la bile dans les urines.

L'autre ictère, que M. Ballot appelle l'ictère bilieux, détermine une teinte cutanée de couleur ocre plus ou moins foncée de la peau, il apparaît à la fin de la seconde période ou pendant la convalescence et coïncide avec la présence d'une plus ou moins grande quantité d'albumine, mais d'une notable proportion de bile dans les urines.

Nous venons, on le voit, de citer là les caractères propres aux deux ictères appelés par le professeur Gubler l'hémaphéïque et le bilipheïque et c'est qu'en effet, nous croyons pour notre part que c'est bien ces deux ictères que l'on voit dans la fièvre jaune. Aussi sommes-nous d'avis que les travaux de l'éminent professeur de la faculté de Paris devront être commentés désormais avec le plus grand soin, par ceux qui s'occuperont de la symptomatologie comme de la pathogénie de la fièvre jaune.

Douleurs.

Les douleurs sont nombreuses pendant l'évolution de la fièvre jaune; elles varient suivant la période de la maladie où on les observe, et présentent sous ce rapport des différences notables, sous le rapport de l'importance et du pronostic.

Nous allons parler successivement de la céphalalgie, de la rachialgie, des douleurs abdominales, de celles des membres, puis nous dirons quelques mots d'ensemble sur elles toutes réunies.

Céphalalgie.

La céphalalgie est un des symptômes constants de la fièvre jaune qui débute, peut-on dire, et les cas où cette céphalalgie a fait défaut sont si extrêmement rares, qu'on peut les noter comme de très-grandes anomalies. Habituellement elle est intense, et bientôt frappe les observateurs comme les malades; mais il faut reconnaître que son intensité n'est pas en rapport avec la sévérité de l'atteinte, car dans nombre de circonstances, une céphalalgie très-forte au début, a pu se présenter dans des cas bénins et *vice versa.*

Ordinairement la céphalalgie est frontale, orbitaire, elle est comme un bandeau horriblement lourd placé sur le front et les yeux, elle semble augmentée par le contact de la lumière, aussi

le malade détourne-t-il la tête comme ceux qui ont une ophthalmie compliquée de photophobie.

Lors de la rémission la céphalalgie diminue, elle disparaît bientôt si l'atteinte est légère, et au contraire, elle persiste lorsque la maladie doit avoir une évolution longue ou dangereuse, c'est-à-dire quand on est en présence d'un cas du second ou du troisième degré.

Rachialgie.

La rachialgie est un des phénomènes les plus frappants du début de la fièvre jaune, car pour quelques rares cas où elle a fait défaut, le plus souvent, elle est assez accentuée; c'est au point que pendant longtemps et dans bien des pays, on a appelé la fièvre jaune du nom de *coup de barre*. Cette rachialgie a été comparée à celle qu'on observe parfois dans la variole, elle est accompagnée assez fréquemment de rétraction des testicules; elle est toujours assez forte pour constituer un symptôme fatigant et pénible; parfois elle est excessive et tire des plaintes aux plus stoïques.

On s'est demandé si l'intensité des douleurs lombaires n'est pas en rapport direct avec la gravité de l'atteinte, mais on a reconnu bientôt qu'il n'y a pas de relation directe ou au moins appréciable entre ces deux termes; en effet certains malades atteints légèrement se plaignaient de douleurs atroces, tandis que d'autres frappés plus gravement n'étaient que peu incommodés par elle et *vice versa*.

Cette rachialgie diminue pendant l'évolution de la première période et arrive à être très-supportable, à disparaître même au moment de la rémission, elle ne présente ni une intensité ni même une fréquence remarquable dans la période de *localisation* ou seconde période.

Douleurs abdominales.

Au premier rang nous devons placer l'épigastralgie. Au début l'épigastre est douloureux spontanément le plus souvent, mais toujours au toucher; la moindre pression provoque parfois des cris, toujours une sensation très-pénible dans les premiers temps, puis avec la rémission cette douleur s'apaise et le creux de l'estomac peut être palpé sans difficulté. Lorsque la maladie est légère on ne constate plus rien d'anormal, dès ce moment,

mais dans les cas sévères, la sensibilité morbide de la région réapparaît peu après les manifestations de la seconde période, et durera jusqu'à la convalescence. Dans les cas graves, la pression de l'épigastre, pendant la seconde période, provoque des cris de douleur et des spasmes stomacaux aux malades. Ajoutons que, dans les atteintes très-sévères, lorsqu'au troisième, au quatrième ou au cinquième jour, l'épigastralgie reparaît après avoir cessé, on peut porter un pronostic fâcheux, car en général elle précède et annonce le vomissement noir.

De son côté, l'abdomen est assez généralement indolore au début, et si on a soin de ne pas approcher de la région épigastrique ni de celle du foie, on peut presser modérément les environs de l'ombilic et du pubis sans provoquer aucune plainte. Cependant notons qu'il y a maintes exceptions. Pendant la rémission la palpation du ventre est indolore, mais elle fait naître de nouveau des douleurs ou un sentiment de gêne et d'anxiété dans le cours de la seconde période chez les individus atteints sévèrement.

Douleurs des membres.

Les malades se plaignent pendant la première période de douleurs continues dans les membres, de crampes dans les mollets, dans les pieds, dans les mains, de douleurs articulaires même, en même temps qu'ils accusent la rachialgie dont nous venons de parler. On a signalé chez quelques-uns un sentiment de fourmillement ou de brûlure de la plante des pieds et de la paume des mains.

Dans quelques cas les douleurs musculaires des membres ont été extrêmement violentes. Nous en avons vu des exemples en parlant de la forme hypéresthésique : toujours en général, elles sont pénibles pendant l'évolution de la première période, puis s'amendent et disparaissent même quelquefois pendant la seconde.

Les diverses douleurs de la tête, du tronc et des membres dont nous venons de parler, sont, ainsi qu'on a pu le voir, le cortége de la première période tout d'abord et elles sont assez vives parfois pour constituer un véritable tourment. Puis à mesure qu'on avance vers la rémission, elles s'amendent et même disparaissent dans les cas légers. A la seconde période, elles sont assez souvent remplacées par un état de prostration, de fatigue accablée qui fait que le malade, sans être dans un état de bien-être,

s'estime encore heureux de la situation qu'il supporte. Mais trop souvent ces douleurs reparaissent après un temps plus ou moins long d'interruption, ce qui est alors un signe pronostique fâcheux, ainsi que Rochoux, Bally, Savarési et bien d'autres l'avaient observé déjà ici.

Phénomènes nerveux.

On range sous ce titre des phénomènes très-divers et même disparates, de même qu'on donne une autre place à des symptômes qui en définitive pourraient aussi bien leur être rattachés. Quoi qu'il en soit, on a l'habitude de parler, sous cette désignation, de l'anxiété, des spasmes, des convulsions, et nous ferons de même.

Dans la première période, les sujets ont une gêne épigastrique, une anxiété précordiale qui a été remarquée par tous les observateurs et qui semble être la compagne obligée de cette période de la maladie, l'exagération de ces phénomènes dans les premiers moments est un signe pronostique fâcheux.

Dans les cas heureux, cette anxiété diminue et disparaît avec la fin de la première période, dans les cas graves, elle persiste et s'accompagne de spasmes, de vomissements, de hoquet, de convulsions même.

Les spasmes du pharynx et de l'œsophage ne se montrent qu'après un certain temps dans le cours de la maladie, ils ont été le plus souvent précédés par les vomissements, ils précèdent le hoquet et constituent dans tous les cas un phénomène d'une grande gravité.

Dans quelques rares cas, les spasmes finissent par un état emi-tétanique du cou et des mâchoires qui dure jusqu'à la mort assez voisine du reste alors.

Le hoquet ne se montre qu'après les spasmes qui eux-mêmes ont succédé aux vomissements, le plus souvent, il appartient à la seconde période et indique toujours un état très-grave.

Il arrive parfois que le hoquet disparaît quelques heures avant la mort, mais en remarquant qu'il n'y a pas un amendement favorable parallèle des autres symptômes, on ne peut fonder aucune espérance sur cette disparition.

Les convulsions ne sont pas, on le comprend, un phénomène du début, elles ne se montrent que dans les derniers jours et sont souvent un accident ultime; elles varient depuis le simple strabisme jusqu'aux convulsions cloniques ou toniques les plus

accentuées. Elles s'observent aux muscles de la vie de relation, comme à ceux de la vie animale et les invaginations intestinales que l'on rencontre quelquefois ne sont que des convulsions du liléon ou du jejunum. Nous n'avons donc pas besoin de passer en revue avec plus de détails ces mille phénomènes depuis la carphologie, les soubresauts des tendons, les contractions fibrilaires de certaines portions de muscles, le strabisme, etc.

A un certain moment, il arrive souvent chez les individus atteints de fièvre jaune, à la seconde période, que l'estomac et l'intestin deviennent inertes et ne sont plus le siége de contractions péristatiques, ce qui explique pourquoi chez un sujet qui ne vomissait pas, n'allait pas à la selle, n'urinait pas dans le dernier ou les deux ou trois derniers jours de sa vie, on trouve le tube digestif et la vessie à l'état de plénitude.

La vessie de son côté se laisse parfois distendre passivement pendant la seconde période, lorsque l'état du malade est grave. Tous ces phénomènes se comprennent assez bien de prime abord pour qu'il suffise de les signaler.

Sommeil.

Un des phénomènes les plus constants dans la fièvre jaune est le manque ou au moins l'imperfection du sommeil ; en effet, pendant la première période, le malade ne repose pas ; il ne peut se laisser aller à ce puissant moyen de réparation des forces, étant dans un état d'agitation et de douleurs assez gênant pour le tenir éveillé. Si pendant quelques courts instants, il perd la notion du monde extérieur, il est brusquement rappelé au sentiment de son état par d'affreux cauchemars, une anxiéte insurmontable ; aussi deux, trois, quatre jours se passent sans qu'il ait pu goûter un peu de repos.

Dans les cas légers, la période de rémission est annoncée par un sommeil tranquille et réparateur au sortir duquel le sujet se trouve sensiblement mieux et presque déjà en convalescence. Dans les cas plus sévères, cette rémission étant moins complète le sommeil est moins efficace et la seconde période arrive sans que le malade ait pu dormir suffisamment.

Pendant la seconde période, le sommeil fait généralement défaut, aussi, dans les cas graves jusqu'au moment où des phénomènes congestifs viennent produire un repos de mauvais aloi ; véritable coma qui est assez fréquemment observé pour avoir donné son nom à une des formes de la maladie. Ce coma peut se présenter à tous les degrés d'intensité, il a pu même donner

aux malheureux l'apparence de la mort avant la terminaison funeste qui, d'ailleurs, ne se fait pas longtemps attendre alors.

Pour nous résumer, disons donc que le sommeil fait défaut dans la première période et que dans la seconde il est en rapport inverse avec la gravité de l'atteinte.

Dans le vulgaire on parle beaucoup de ces cas de léthargie, qui ont pu provoquer des inhumations prématurées dans les grandes épidémies de fièvre jaune. Je suis, pour ma part, très-disposé à voir là une grande exagération dans la plupart des cas; néanmoins disons en passant que, dans la forme comateuse, le médecin fera bien d'attendre les premiers phénomènes de décomposition, phénomènes toujours rapides à se produire dans les pays chauds, avant de faire enterrer le sujet.

Intelligence.

L'intelligence est très-diversement atteinte dans la fièvre jaune, car, dans certains cas, elle se conserve jusqu'à la mort dans son intégrité; dans d'autres, au contraire, elle est obscurcie bientôt après l'établissement de la seconde période. Dans tous les cas, elle reste intacte au début de la maladie, car on ne peut pas dire que l'agitation que présentent la plupart des malades soit un commencement d'altération de la raison. Câtel se basait déjà sur cette conservation de l'intelligence pour différencier la fièvre jaune de l'insolation. J'ai pour ma part constaté que, lorsque le délire survient dès le début de la période fébrile, c'est plus une action directe des rayons solaires qu'une intoxication amarile qu'il faut incriminer.

Quelques sujets sont pris, dès le début, d'un sentiment de terreur que rien ne peut faire disparaître, ils se croient perdus sans remède; mais cet état ne peut être attribué à un trouble intellectuel; il est trop naturel, on le comprend, à des individus qui ont entendu raconter mille choses extraordinaires et effrayantes au sujet de la gravité de la maladie. Disons, en outre, que cette terreur a été observée dans toutes les périodes de la fièvre jaune, et qu'elle constitue nécessairement un incident capable de gêner considérablement l'action du médecin.

Nous avons dit que le délire appartient à la seconde période de la fièvre jaune, ajoutons que toutes ses variétés ont été observées, mais n'oublions pas de spécifier qu'il n'est pas le compagnon obligé de la maladie et que bien des fois la mort ou la guérison ont pu survenir, sans que l'intelligence ait éprouvé la moindre atteinte.

Quelquefois le délire est gai, érotique ou seulement plaisant ; d'autres fois et assez souvent, il est furieux et nécessite des mesures de rigueur à l'égard des malheureux. Le délire homicide ou suicide a été observé nombre de fois. Quelques sujets sont obsédés par une idée fixe, croient voir un être imaginaire, se lèvent, parcourent les salles, se précipitent par les fenêtres ou dans les cages d'escalier sans avoir conscience du danger qu'ils courent ainsi. On le voit, toutes les variétés du délire peuvent se présenter.

Dans quelques rares cas l'intelligence reste amoindrie, pendant plus ou moins longtemps après la convalescence, mais c'est encore un phénomène relativement exceptionnel et qu'il faut signaler pour mémoire seulement.

Forces.

Les forces sont en général atteintes dans leur essence même peu après l'invasion de la maladie, et il est de règle que quelques heures à peine après le début de la fièvre le sujet soit incapable de se tenir debout. Il a le vertige, il marche comme un homme ivre, il ne peut rester que couché et encore ne peut-il parvenir à trouver une position dans son lit.

Pendant la rémission la faiblesse s'accentue davantage ; enfin elle est très-marquée le plus souvent dans la seconde période. Il faut considérer cet état comme la règle. Il y a cependant nombre d'exceptions, et pour n'en citer qu'une nous dirons par exemple qu'en juin 1827, un officier de commerce qui était malade depuis trois jours à bord de son navire au carénage vint à l'hôpital de Fort-de-France à pied, c'est-à-dire ayant fait près d'un kilomètre de marche, et son état était si grave qu'il vomissait noir le long du chemin et qu'il mourut le lendemain au matin.

Le plus souvent, quoi qu'il en soit, le sujet est profondément débilité pendant le cours de la seconde période, et si le délire lui donne parfois une vigueur factice et inconsciente, on ne peut se baser sur ces faits exceptionnels pour en faire une règle générale.

Parfois le malade arrivé à la fin de la seconde période reste étendu dans son lit sans mouvements et comme dans un profond coma, tendant sans cesse à glisser vers les pieds du lit comme par l'influence de la pesanteur sur un plan incliné. D'autres fois encore le malheureux est dans un état d'agitation incessante, dans une anxiété extrêmement pénible, mais on sent que

ses forces sont brisées et elles le sont en effet d'une manière irréparable.

Lorsque la guérison survient, la convalescence est accompagnée par une faiblesse extrême. L'observateur peut même être frappé d'étonnement en voyant combien une atteinte fébrile qui n'a duré que quelques heures et qui ne semblait pas exagérée de prime abord a profondément débilité un malheureux.

Température.

L'étude de la température dans la fièvre jaune a une importance du premier ordre pour la connaissance de la maladie; malheureusement malgré des recherches fort louables de plusieurs observateurs, les documents que nous possédons à son sujet sont encore trop peu nombreux pour permettre d'en inférer quelque chose, non-seulement de concluant, mais encore de suffisamment précis. Nous allons cependant fournir ici tous les renseignements venus à notre connaissance.

Savarési, pendant l'épidémie de 1802 eut l'idée de mesurer la température de quelques malades et l'a trouvée de 38 à 40 degrés Réaumur, dit-il. Nous pensons qu'il y a erreur et que c'est centigrades qu'il a voulu dire. C'est probablement lui qui le premier a eu l'idée de consulter l'élévation de la chaleur des malades atteints du typhus amaril.

Je ne saurais parler de la température de la fièvre jaune, sans citer le remarquable travail du docteur Faget, médecin français établi à la Nouvelle-Orléans (monographie sur le type et la spécificité de la fièvre jaune, etc., Paris 1875). Ce travail me servira d'ailleurs ici beaucoup, et je dois dire même que c'est à cette source que je puiserai mes meilleurs renseignements.

Notre savant ami le docteur Rey a donné dans les archives de médecine navale le tableau touchant la respiration, la température et le pouls dans la fièvre jaune observée par les médecins brésiliens, j'y renvoie le lecteur qui y trouvera d'excellentes indications.

Je vais fournir ici une série de tableaux de la température dans la fièvre jaune et, de même qu'en parlant de la fièvre inflammatoire, j'ai cru devoir ajouter des chiffres afférents au typhus amaril, de même on me permettra de donner ici l indications qui regardent la fièvre inflammatoire.

N° 1

FIÈVRE INFLAMMATOIRE. — FORME FRANCHE. — DEGRÉ LÉGER.

TEMPÉRATURE ET POULS.

N° D'ORDRE	1er JOUR.		2e JOUR.		3e JOUR.		4e JOUR.		5e JOUR.		6e JOUR.		7e JOUR.		8e JOUR.		9e JOUR.		10e JOUR.		11e JOUR.		12e JOUR.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	»	»	38.7	»	»	39.7	37.2	38.0	37.3	37.3	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	82	86	72	80	80	90	72	65	60													
2	40.5	40.7	38.2	39.4	37.5	38.0	36.8	37.2	36.5	36.7	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	120	122	92	92	68	68	66	66	60	62	58	56	52	52	58	60								
3	»	40.4	38.6	39.0	39.0	39.0	38.8	38.6	38.3	37.4	36.6	36.8	36.7	37.2	36.4	36.8	36.4	36.4	»	»	»	»	»	»
	»	108	92	88	96	90	76	76	72	68	60	56	52	48	48	64	48	50	64	60	60			
4	»	»	39.8	40.2	39.8	40.0	38.8	38.9	38.3	37.7	38.5	38.2	37.4	37.6	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»									
5	38.7	38.8	39.5	40.2	39.8	40.0	38.2	38.4	37.0	37.4	37.2	37.3	37.2	»	37.0	37.2	36.9	36.7	36.6	36.5	36.5	»	»	»
	110	108	92	96	94	92	72	75	70	70	60	60	55	50	50	55	60	60	65	60	60			
6	»	»	»	»	38.6	39.3	38.5	39.9	36.4	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	92	84	84	84	68	70														
7	»	»	39.0	39.0	39.0	39.0	37.7	37.6	36.4	36.4	36.5	36.8	36.5	36.8	36.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	100	94	90	80	70	65	65	65	60	60	58	60	55									
8	»	»	»	39.9	39.4	39.6	38.3	38.2	37.8	37.6	37.8	»	37.7	37.8	37.2	37.2	37.2	»	36.8	»	»	»	»	»
	»	»	»	112	110	116	84	92	68	68	65	63	60	60	55	52	50	56	60	60				
9	»	»	»	»	38.5	39.4	38.8	38.5	38.0	39.9	38.5	38.0	37.4	37.3	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»									
10	»	»	»	38.4	38.3	39.2	39.0	39.9	38.6	38.4	37.9	37.5	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	84	84	88	92	96	75	80	»	»	»											
11	»	»	39.2	40.4	39.5	40.6	38.8	39.0	38.2	38.3	37.8	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»												

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
12	» »	» »	40.7 »	40.5 »	39.5 »	40.0 »	39.0 »	39.2 »	38.2 »	38.5 »	37.7 »	» »	37 2 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
13	» »	» »	» 96	39.0 96	38.7 84	39.9 96	38.2 76	38.5 80	38.2 72	» 72	38 5 60	38.0 65	38.0 56	» 60	37.0 55	» 55	37.4 60	» 60	36.5 54	» 58	» 56	» 60	»	»
14	» »	39.2 »	39.3 96	38.4 »	38.4 80	38.4 88	38.0 96	38.1 80	37.5 64	» 68	» 72	» 66	» 56	» 60	» 60	» 60	» 58	» 58	» 54	» 54	» 60	» 60	»	»
15	39.9 »	40.4 »	40.2 »	40.4 »	39.6 »	39.7 »	38.0 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
16	» »	40.8 »	39.0 »	39.2 »	39.0 »	39.5 »	38.7 »	38.3 »	87.5 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
17	39.8 124	39.8 110	40.0 110	40.7 112	38.6 100	38.0 96	38.0 76	38.1 72	37.6 56	37.3 56	36.5 56	36.8 56	36.0 56	36.5 60	36.7 52	» 48	» 44	» 60	36.5 60	» »	36.5 »	»	36.5 »	»
18	» »	» »	40.7 »	41.0 120	38.8 95	37.3 82	37.5 78	37.4 82	37.5 64	38.1 72	37.5 72	37.8 68	37.5 60	37.7 60	37.5 56	37.6 56	37.2 52	» 58	» 60	» 60	»	»	»	»
19	39.9 72	40.0 »	39.5 80	39.6 84	40.1 84	39.6 84	38.5 72	37.0 72	36.5 68	37.5 60	» 60	» 60	» 58	» 55	» 52	» 60	» 55	» 55	» 58	» 58	»	»	»	»
20	» »	» »	» »	» »	» »	» »	38.5 86	» 76	37.0 84	» 80	36.7 60	» 68	37.0 76	» 70	36.7 64	» 64	36.5 68	» 60	» 58	» 58	» 52	52	»	»
21	39.8 »	40.1 »	40.1 »	39.9 96	39.9 96	39.2 108	38.6 95	38.9 86	38.4 68	37.7 64	37.3 60	37.4 60	37.3 58	37.6 58	37.0 60	37.2 60	36.9 55	36 7 55	36.6 60	36.5 60	»	»	»	»
22	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» 80	37.5 68	37.0 76	» 75	37.5 72	» 86	37.4 64	» 88	» 64	37.0 72	36.5 66	36.5 66	36.5 64	36.5 »	36.6 68	36.6 »
Moyenne	39.8 106	39.9 110	39.5 94	39.7 97	39.1 87	39.7 96	38.7 79	38.4 79	37.6 69	37.7 68	37.3 63	37.5 63	37.2 59	37.3 60	37.0 56	37.2 60	36.9 56	36.7 58	36.6 57	36.5 59	36.5 58	36.5 57	36.5 60	36.6 60

N° 2 FIÈVRE INFLAMMATOIRE. — FORME INSIDIEUSE. —

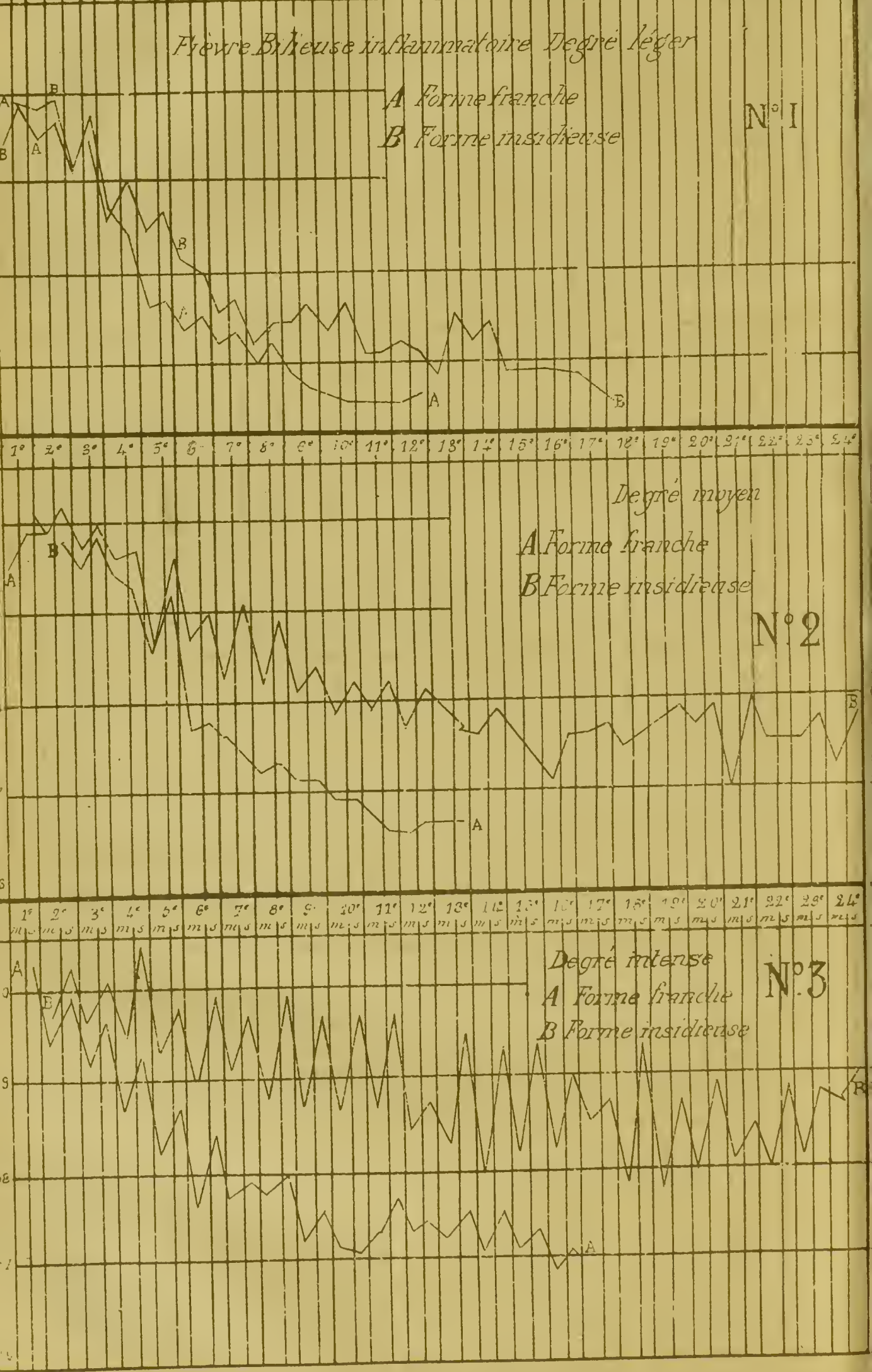
N° d'ordre.	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour.		7e jour.		8e jour.		9e jour.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	»	»	39.9	40.0	39.8	40.2	38.7	39.9	38.3	38.3	38.4	38.5	38.2	38.8	38.0	38.5	37.6	37.66
	»	»	100	100	90	90	80	80	76	78	68	68	»	»	60	»	50	»
2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	36.7	36.8	37.0	36.6	36.8	36.4	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	58	58	»	»	52	»	50	»
3	39.5	39.9	39.9	39.9	38.9	39.9	38.3	39.4	38.1	39.1	38.3	38.0	37.2	37.3	»	»	»	»
	»	100	100	100	100	108	80	80	76	80	70	70	65	60	58	»	»	»
4	»	39.9	38.9	39.5	38.6	38.8	38.5	39.9	37.8	37.9	37.5	37.8	37.5	38.0	36.8	»	»	»
	»	100	90	86	74	84	72	88	66	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	»	»	»	»	39.5	39.3	39.9	39.7	39.2	38.6	38.0	37.5	36.8	37.4	37.4	37.0	36.8	37.[illegible]
	»	»	»	»	80	88	86	76	78	72	72	64	56	»	52	48	46	44[illegible]
6	»	»	»	»	39.4	39.6	39.0	39.5	38.7	38.8	37.9	37.8	37.4	37.2	37.0	37.0	37.1	35.[illegible]
	»	»	»	»	82	»	66	72	64	74	60	»	56	»	52	52	44	44[illegible]
7	39.5	39.9	39.9	39.9	38.9	39.8	39.6	39.6	39.1	39.2	»	»	37.0	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	110	110	90	90	86	86	»	»	»	»	»	»	»	»
8	»	»	»	»	38.9	39.5	38.6	39.0	39.4	40.0	37.6	37.7	37.0	37.7	37.3	37.1	38.2	38..
	»	»	»	»	»	»	»	»	86	80	»	68	58	56	54	52	60	60[illegible]
9	39.7	»	»	»	»	»	»	»	38.0	»	38.0	38.0	37.8	37.8	37.2	37.0	37.1	37..
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
10	39.2	39.5	39.5	39.3	38.5	40.8	37.3	37.5	37 5	37.9	37.5	38.2	37.8	37.8	37.2	37.8	37.1	37..
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
11	39.3	39.9	40.0	40.0	39.5	39.5	38.9	39.2	38.5	38.6	38.4	37.9	38.4	38.2	37.6	37.7	38.2	38..
	»	»	100	»	84	»	84	80	72	72	72	100	»	82	»	90	»	»
12	39.9	40.1	40.2	40.4	39.2	39.3	37.9	38.1	37.9	38.5	39.0	38.5	37.5	»	»	»	»	»
	90	90	86	100	96	96	80	76	66	60	60	60	60	»	»	»	»	»
13	»	»	40.2	40.2	39.4	38.8	37.7	37.4	37.8	40.0	39.0	38.7	37.5	»	36.5	»	37.3	»
	»	»	100	96	96	96	85	»	»	92	64	»	58	»	54	»	58	»
14	39.5	39.9	39.9	39.9	38.9	39.0	38.4	38.4	38.0	39.0	38.0	38.7	38.4	38.2	37.6	38.2	37.3	»
	105	112	100	100	96	98	100	104	96	108	96	88	108	100	92	72	84	68
15	»	»	»	»	»	»	»	»	38.5	38.7	38.7	37.5	37.7	»	37.3	36.3	37.4	37..
	»	»	»	»	»	»	»	»	104	112	110	90	84	»	84	80	96	10[illegible]
Moyenne	39.5	39.9	39.8	39.9	39.1	39.5	38.6	39.0	38.5	38.7	38.1	38.0	37.5	37.7	37.2	37.4	37.4	37.[illegible]
	98	100	96	97	91	96	82	81	79	83	73	75	68	74	62	66	61	63

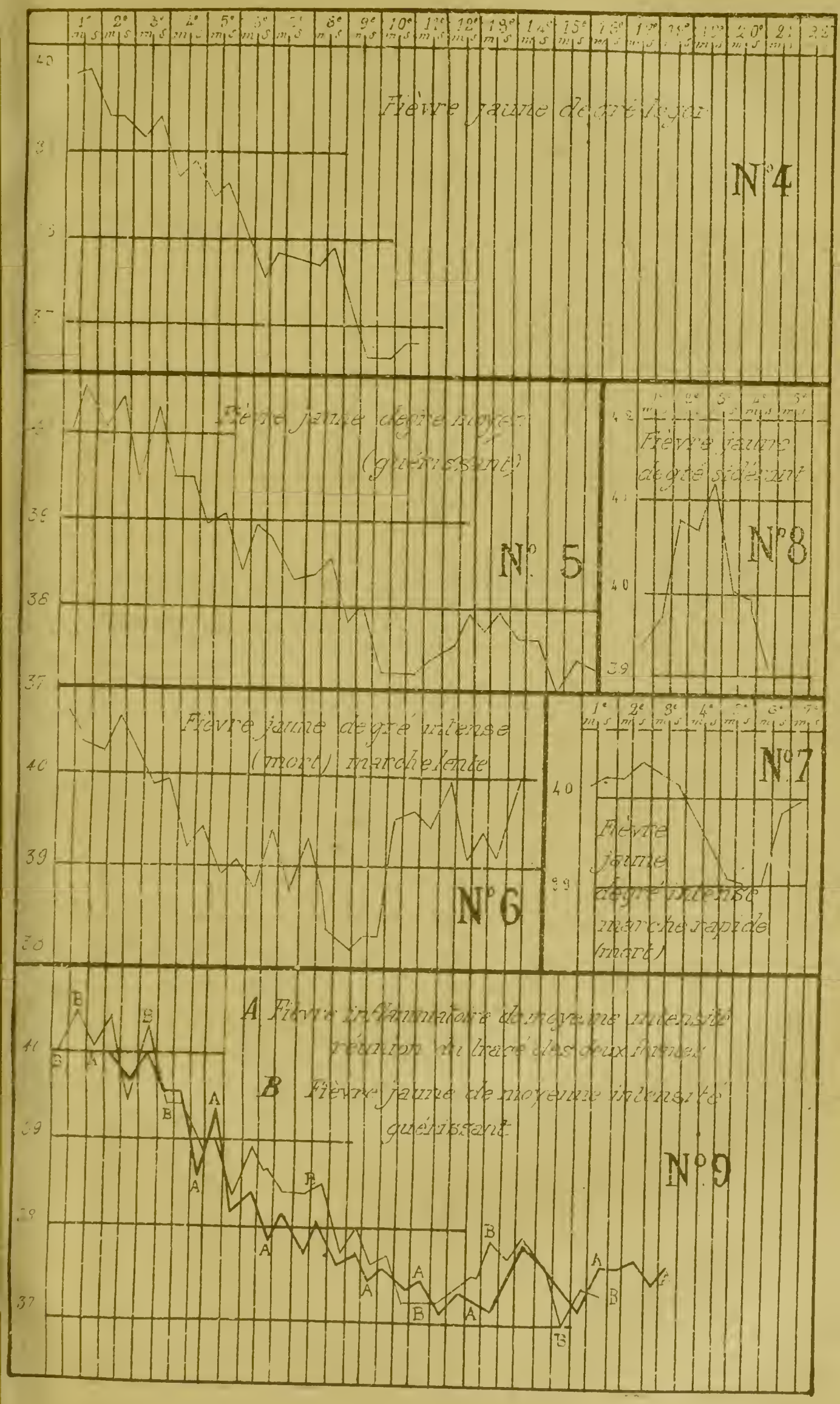
DEGRÉ LÉGER. — TEMPÉRATURE ET POULS.

10e JOUR.		11e JOUR.		12e JOUR.		13e JOUR.		14e JOUR.		15e JOUR.		16e JOUR.		17e JOUR.		18e JOUR.	
m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
50	»	48	»	56	56	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.2	»	36.8	»	38.4	36.8	36.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	»	46	»	50	56	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.9	»	36.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	»	44	»	»	»	»	»	58	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.4	37.0	37.0	37.3	37.1	37.0	37.0	37.6	37.6	37.6	37.0	»	»	»	»	»	»	»
0	46	46	50	60	60	56	56	60	60	60	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.6	37.5	37.5	36.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	45	»	50	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.4	37.8	37.4	38.0	37.2	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.5	38.4	37·5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.0	»	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
0	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.5	»	37.0	»	37.0	»	37.4	»	36.9	»	36.7	»	»	»	»	»	»	»
2	»	72	»	64	»	76	»	60	»	60	»	»	»	»	»	»	»
.4	37.2	37.2	36.8	36.5	»	37.3	»	37.0	»	37.0	»	37.0	»	36.8	»	36.5	»
2	80	80	80	64	»	76	»	72	»	82	»	84	»	70	»	60	»
.3	37.6	37.1	37.1	37.2	37.1	36.9	37.5	37.2	37.4	36.9	»	36.9	»	36.8	»	36.5	»
6	57	56	60	59	57	59	59	62	60	65	»	»	»	»	»	»	»

N° 3. FIÈVRE IMFLAMMATOIRE. — FORME FRANCHE. — DÉGRÉ MOYEN. — TEMPÉRATURE ET POULS.

N° d'ordre	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour.		7e jour.		8e jour.		9e jour.		10e jour.		11e jour.		12e jour.		13e jour.		14e jour.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	39.3	39.7	40.0	40.6	40.8	40.8	39.9	39.9	39.5	39.2	37.0	37.4	36.6	36.6	36.8	36.6	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	108	108	108	100	100	92	80	60	55	52	56	58	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	»	»	39.9	39.0	39.9	38.8	40.5	38.3	38.4	37.5	37.6	37.4	37.5	37.5	37.5	37.2	»	37.0	»	36.5	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	96	80	88	84	92	76	68	72	72	72	64	72	»	72	»	60	»	58	»	»	»	»	»	»	»
3	»	»	39.9	40.0	39.4	40.2	39.2	40.4	37.8	38.2	36.9	37.2	36.4	36.8	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	96	90	80	72	72	62	58	50	»	50	»	50	55	55	58	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	39.7	40.0	40.0	40.2	39.9	40.2	39.6	40.2	39.2	39.1	38.4	39.0	39.0	38.1	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	112	100	100	92	90	84	90	80	75	66	66	68	70	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	»	39.9	40.0	40.2	39.7	40.5	39.5	39.2	38.7	39.0	37.8	37.5	37.4	37.5	37.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	100	110	90	96	90	90	96	80	80	72	64	72	65	60	58	58	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	39.5	39.8	39.9	40.3	39.9	40.2	39.8	40.0	38.2	38.1	37.6	37.2	37.8	37.2	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	100	90	90	100	100	100	96	80	78	72	75	72	64	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
7	39.5	39.9	39.9	40.2	39.8	40.2	39.4	40.2	38.6	37.7	37.9	38.0	37.7	37.3	36.4	36.8	36.4	»	36.8	»	37.0	»	36.6	36.6	36.6	36.6	»	»
	»	»	»	110	100	100	96	96	80	80	80	75	75	78	56	72	64	»	68	»	68	68	64	»	68	»	60	60
8	39.4	40.0	39.8	40.4	40.0	40.3	39.9	39.7	38.8	38.4	38.6	39.5	38.2	38.3	37.6	37.9	37.3	37.0	37.0	37.0	36.8	36.5	36.5	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
9	39.4	40.2	39.8	40.3	39.8	39.8	38.5	38.7	37.7	37.9	37.8	37.7	38.0	37.6	38.0	38.0	38.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	104	84	88	»	»	80	80	70	70	66	66	60	60	58	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
10	39.6	39.8	40.0	40.2	40.0	40.0	40.2	39.6	38.0	37.6	37.6	37.4	37.5	37.3	37.0	37.2	36.9	37.2	37.0	37.0	36.5	36.5	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	110	110	100	80	75	65	60	65	65	60	60	58	58	56	56	60	60	60	60	»	»	»	»	»	»
11	»	»	»	40.2	38.2	39.9	40.6	38.6	39.6	37.9	37.6	37.5	37.2	37.2	36.8	36.8	37.0	37.0	36.5	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	100	100	85	86	80	70	60	58	58	56	56	60	60	65	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Moyenne	39.5	39.9	39.9	40.2	39.7	40.2	39.6	39.7	38.6	39.2	37.7	37.8	37.6	37.4	37.2	37.3	37.1	37.1	36.9	36.9	36.7	36.5	36.5	36.6	36.6	36.6	»	»
	»	102	98	99	94	92	85	85	73	74	66	66	64	63	60	60	61	58	62	60	62	64	64	»	65	»	»	»


Fièvre Bilieuse inflammatoire Degré léger
A Forme franche
B Forme insidieuse
N° I
Degré moyen
A Forme franche
B Forme insidieuse
N° 2
Degré intense
A Forme franche
B Forme insidieuse
N° 3


Fièvre jaune de gré léger
N° 4
Fièvre jaune de gré léger (guérissant)
N° 5
Fièvre jaune de gré sévère
N° 8
Fièvre jaune de gré intense (mort) marche lente
N° 6
Fièvre jaune de gré intense marche rapide (mort)
N° 7
A Fièvre inflammatoire de grande intensité réunion du tracé des deux fièvres
B Fièvre jaune de moyenne intensité guérissant
N° 9

FIÈVRE INFLAMMATOIRE. — FORME INSIDIEUSE. — DEGRÉ MOYEN. — TEMPÉRATURE ET POULS

N° d'ordre	1er jour		2e jour		3e jour		4e jour		5e jour		6e jour		7e jour		8e jour		9e jour		10e jour		11e jour		12e jour		13e jour		14e jour		15e jour		16e jour		17e jour		18e jour		19e jour		20e jour		21e jour		22e jour		23e jour		24e jour		25e jour		26e jour		27e jour		28e jour		29e jour	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
1	»	»	»	»	»	40.2	39.6	40.3	38.8	40.1	38.5	39.2	38.0	38.9	37.8	38.9	37.7	38.0	37.5	37.8	36.8	37.3	36.8	»	36.5	»	36.5	»	36.8	»	36.5	»	35.5	»	36	»	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	96	88	88	72	90	70	70	54	64	50	50	44	60	60	60	60	60	54	»	54	»	»	»	»	»	52	»	52	»	52	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	39.9	39.7	39.5	39.5	39.7	39.6	39.7	38.8	39.2	38.4	39.4	37.4	39.0	37.9	38.3	37.4	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	96	92	86	80	80	72	»	60	60	60	60	60	60	»	»	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	»	»	»	»	»	»	39.6	39.0	40.4	38.6	39.8	38.6	39.8	37.8	39.7	38.0	»	»	»	»	36.5	»	36.5	»	37.0	»	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	88	88	»	70	»	68	»	»	»	60	»	60	»	60	»	56	»	54	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	39.8	37.8	39.2	37.7	39.6	37.8	38.5	37.5	37.5	37.7	37.8	37.1	37.8	37.4	37.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	72	72	68	68	76	80	80	76	76	76	70	66	66	60	60	52	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	»	40.4	38.5	40.0	38.5	40.2	38.8	39.2	38.2	40.2	38.2	39.0	38.7	39.5	39.3	38.8	38.0	38.4	37.8	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	80	86	84	80	72	80	80	70	66	60	60	60	58	58	60	60	58	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	»	»	»	»	»	»	»	»	39.0	40.3	38.8	39.8	37.6	39.7	38.5	39.8	37.4	38.6	38.2	39.1	38.2	39.2	38.9	39.1	39.2	40.2	38.4	39.4	37.4	37.6	37.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	80	»	84	»	72	80	80	70	66	66	66	66	64	64	60	»	70	88	70	70	65	68	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
7	»	»	»	»	»	»	38.6	38.2	40.2	38.9	40.0	37.8	38.6	36.9	38.8	37.5	38.7	38.2	38.5	38.4	38.0	38.2	37.9	38.2	37.9	38.2	»	38.2	»	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	68	»	84	»	76	96	84	80	90	90	80	70	70	70	72	»	68	»	66	»	60	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	40.6	39.2	39.4	38.7	38.6	39.2	39.2	38.8	40.0	38.6	39.4	39.2	38.8	38.0	39.7	37.6	39.7	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	88	84	84	88	8	88	88	96	86	88	80	80	78	76	74	70	66	60	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
9	»	»	»	»	»	»	39.2	39.0	39.7	40.1	39.5	39.3	39.3	39.0	38.8	37.7	37.8	38.1	38.8	38.3	37.6	37.8	37.6	38.4	37.8	37.6	37.0	37.7	37.2	37.6	37.6	38.0	37.8	38.1	37.4	37.6	37.6	37.5	37.8	37.6	37.7	37.4	37.8	37.3	37.9	37.5	37.9	37.2	37.4	37.3	37.5	37.7	37.5	37.4	»
	»	»	»	»	»	123	112	92	88	92	92	»	80	80	78	82	8	80	78	76	76	78	80	80	80	76	70	70	60	66	66	72	»	68	60	72	60	68	62	66	60	68	60	70	60	70	58	70	70	70	60	60	»	»	»	»	»	»
10	»	»	»	»	»	38.8	39.2	38.8	38.9	39.4	38.9	38.9	38.9	38.8	38.8	38.8	38.8	38.8	38.4	38.4	37.9	38.1	37.6	38.1	38.4	38.2	37.8	37.9	37.8	37.9	37.8	38.3	38.0	38.5	37.9	38.0	38.4	38.2	38.3	38.3	38.0	38.2	37.6	37.4	37.4	»	37.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	125	110	96	88	90	90	90	86	86	84	88	88	40	82	80	70	70	70	70	76	76	66	66	60	60	70	60	90	72	72	68	70	60	66	60	60	60	58	58	58	56	56	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
11	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	89.2	39.0	37.8	38.6	38.8	38.6	38.2	38.4	38.2	38.0	38.2	37.4	38.5	38.7	38.4	37.8	36.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	104	»	88	96	80	96	88	80	80	72	80	76	80	76	74	68	64	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
12	»	»	»	»	38.0	38.2	39.9	38.2	37.6	38.0	37.6	38.0	37.6	37.1	39.0	38.3	39.8	39.3	40.8	37.5	»	40.0	39.5	37.9	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	36.8	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
13	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	38.0	38.0	37.8	37.2	37.8	37.4	37.4	37.9	37.3	»	»	37.8	38.1	37.9	37.9	37.9	37.7	37.9	37.6	36.9	37.3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
14	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	39.6	39.7	37.9	38.8	37.0	39.6	37.0	36.5	37.0	37.0	38.4	»	38.0	»	38.0	»	38.6	»	38.5	»	36.2	»	38.2	»	»	»	38.4	»	37.5	»	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	120	»	96	104	88	96	88	84	88	80	80	»	72	»	84	»	»	»	76	»	84	»	8	»	84	»	64	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	40.2	40.3	39.2	39.5	38.4	38.8	39.0	39.2	38.4	38.2	38.0	38.0	38.2	38.4	38.2	38.0	37.8	37.9	37.9	38.0	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	100	»	100	84	80	»	76	»	84	»	64	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
16	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	40.2	40.3	38.2	39.8	38.4	39.9	38.2	38.4	38.4	37.9	38.3	37.6	37.4	37.6	37.3	36.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	88	»	100	»	80	104	84	»	84	»	64	»	64	80	64	68	72	»	68	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
17	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	37.0	38.6	37.7	39.5	39.2	39.2	37.6	»	37.0	36.2	37.4	»	»	»	»	»	37.5	37.0	37.0	»	37.3	37.4	37.6	37.0	36.8	37.4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	68	72	72	72	72	84	64	60	60	76	76	»	60	»	»	»	52	»	52	64	56	»	60	80	72	68	64	72	60	»	60	»	52	»	68	»	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»
18	»	»	»	»	40.9	41.1	40.2	40.7	37.0	38.1	37.5	36.8	38.3	39.5	37.8	36.8	37.0	37.1	37.2	»	37.0	37.2	»	37.2	37.4	36.4	36.5	36.5	36.8	37.5	37.5	37.7	»	37.7	»	37.3	»	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	132	»	104	120	88	76	64	64	64	64	72	92	68	56	56	55	52	68	56	68	52	72	52	»	56	76	56	68	72	»	60	60	64	»	64	»	64	»	76	»	72	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Moyenne	»	»	»	»	39.8	39.5	39.9	39.4	39.5	38.5	39.6	38.7	39.0	38.3	39.1	38.2	38.9	38.1	38.4	37.9	38.2	37.9	38.2	37.7	38.1	37.9	37.7	37.6	37.9	37.6	37.3	37.1	37.6	37.7	37.4	37.6	37.8	37.9	37.7	37.9	37.0	38.5	37.5	37.5	37.5	37.8	37.2	37.8	37.2	37.8	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	120	»	110	110	»	88	78	84	82	75	79	82	79	81	73	71	72	73	70	69	66	70	69	74	76	70	64	64	66	66	60	66	67	69	64	66	63	63	65	65	60	62	63	65	58	70	70	70	60	60	»	»	»	»	»	»

Indications touchant les tableaux thermographiques de la fièvre inflammatoire et de la fièvre jaune.

Les nécessités de la mise en page m'obligent à mettre ici les indications qui auraient dû se trouver à la page 197. Voici ce que j'ai à dire au sujet de ces tableaux : Les observations de fièvre inflammatoire proviennent de l'épidémie de 1876; les températures ont été prises sous mes yeux, pour la plupart dans mon service; quelques-unes ont été recueillies dans les salles de mon excellent ami le Dr Cotte, sous sa surveillance, dont je connais assez la scrupuleuse exactitude, en même temps que le savoir et la sagacité, pour dire qu'on peut les considérer comme scrupuleusement vraies.

Quant aux tableaux de fièvre jaune, comme je n'avais pas d'observations directes, j'ai emprunté les tracés à diverses sources, notamment à MM. Langellier-Bellevue, Jaccoud, Faget, Batby-Berquin.

Tableau n° 7. — Du n° 1 à 11, Langellier. — 12 à 17, Jaccoud. — 18 à 28, Faget.

Tableau n° 8. — 1, Langellier. — 2, Faget. — 3, Jaccoud.

Tableau n° 9. — 1, 2, 4, 5, Faget. — 3, Jaccoud.

Tableau n° 10. — 1, 2, Langellier. — 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, Faget. — 5, 6, 7, 16, Batby-Berquin. — 17, Jaccoud.

N° 5 FIÈVRE INFLAMMATOIRE. — FORME FRANCHE. —

N°s d'ordre.	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour		7e jour.		8e jour.		9e jo
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	»	41.3	40.9	40.9	41.0	41.4	39.1	38.8	37.9	37.8	37.8	37.6	»	»	»	»	»
	»	120	116	120	116	120	88	84	74	68	68	»	»	»	»	»	»
2	»	40.9	40.9	40.4	39.3	38.9	38.7	38.6	38.3	38.4	37.5	38.4	37.5	37.4	38.0	38.0	37.0
	»	104	100	100	92	84	72	92	68	76	72	70	68	60	68	65	60
3	»	40.3	40.0	40.4	39.0	40.0	38.7	38.9	38.7	38.7	38.3	38.0	»	»	»	»	»
	»	108	100	100	80	80	60	64	58	58	66	58	»	»	»	»	»
4	»	»	»	»	40.3	39.2	38.5	38.0	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	»	38.6	38.2	40.2	38.9	40.0	37.8	39.7	36.9	38.8	37.5	38.7	38.2	38.5	38.4	38.0	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	»	»	38.2	38.6	38.5	40.4	38.6	40.1	38.2	39.2	37.2	39.1	37.2	39.1	37.2	38.5	37.0
	»	»	108	110	100	90	88	88	76	76	72	75	66	66	60	60	58
7	38.5	39.6	38.5	40.2	38.4	39.2	38.2	40.2	38.2	39.0	37.7	39.5	39.3	38.9	37.9	38.4	37.8
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8	»	»	»	»	»	»	39.5	39.3	38.3	38.8	36.7	37.2	37.1	37.4	37.0	37.1	36.0
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
9	»	41.3	39.0	38.8	38.4	38.8	38.4	40.2	40.6	40.5	38.8	39.2	37.8	37.8	37.4	37.4	37.0
	108	108	92	104	72	»	76	88	104	108	88	88	76	65	64	64	62
10	»	»	39.3	39.5	39.9	41.2	39.9	38.9	37.8	37.6	37.4	37.6	37.4	37.3	37.4	38.0	37.4
	»	»	100	120	108	112	100	88	76	76	68	68	64	66	64	66	72
Moyenne	»	40.3	39.4	39.9	39.2	39.7	38.7	39.3	38.2	38.7	37.6	38.4	37.7	37.8	37.7	37.9	37.2
	»	112	102	109	95	97	81	86	76	76	72	72	68	64	64	64	63

EGRÉ INTENSE. — TEMPÉRATURE ET POULS.

0e JOUR.		11e JOUR.		12e JOUR.		13e JOUR.		14e JOUR.		15e JOUR.		16e JOUR.		17e JOUR.		18e JOUR.	
n.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
9	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.7	37.6	37.2	37.5	37.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8	58	60	60	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.9	»	38.2	38.2	37.6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.4	»	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
0	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
.4	37.4	37.4	37.4	37.2	37.4	37.2	37.8	37.0	37.5	37.0	37.4	36.8	37.2	»	»	»	»
2	88	76	76	70	70	76	96	96	90	92	80	84	76	76	76	72	75
.1	37.0	37.3	37.7	37.3	37.4	37.2	37.5	37.0	37 5	37.0	37.3	36.8	37.0	»	»	»	»
1	68	68	68	65	65	70	80	80	75	80	70	70	60	»	»	»	»

N° 7 **FIÈVRE JAUNE. — 1er DEGRÉ-LÉGER.**

N°s D'ORDRE	1er JOUR.		2e JOUR.		3e JOUR.		4e JOUR.		5e JOUR.		6e JOUR.		7e JOUR.		8e JOUR.		9e JOUR.		10e JOUR.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	»	»	39.5	39.2	38.6	38.2	37.6	37.4	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	100	100	80	80	76	64	60	56	48											
2	»	»	»	»	37.5	37.5	37.0	37.2	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	72	»	»	72	72	48	48	48											
3	39.5	39.5	38.8	39.9	39.3	39.3	39.0	39.5	37.5	38.3	37.5	37.5	37.0	37.5	»	»	»	»	»	»
	90	90	80	96	84	84	84	90	70	70	72	80	68	64						
4	41.0	40.2	38.4	37.5	37.0	36.5	36.5	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	90	104	76	62	48	48	48	48												
5	39.3	39.9	40.4	40.6	40.0	39.9	39.0	39.6	38.0	37.2	36.4	36.9	36.5	36.3	36.5	»	»	»	»	»
	108	124	96	96	84	76	60	60	52	48	42	40	44	40	40					
6	»	»	38.2	38.6	37.6	37.0	36.8	36.8	36.6	36.9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	80	80	52	56	60	60	60	64										
7	»	38.7	37.5	37.5	39.0	39.5	37.7	37.6	36.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	116	92	92	76	60	56	52	48											
8	39.7	39.0	37.8	37.8	37.0	37.0	36.8	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	104	90	70	70	72	70	68	60												
9	40.	40.0	38.5	39.0	38.0	38.8	37.4	37.5	36.6	36.5	36.5	36.5	36.5	»	»	»	»	»	»	»
	96	88	72	73	70	68	64	66	64	64	60	60	60							
10	40.2	40.1	39.9	40.2	39.9	40.1	38.8	38.8	38.3	38.8	37.8	38.0	37.0	37.3	37.0	36.6	36.5	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»			
11	»	»	»	»	»	»	»	39.8	39.0	39.0	38.8	39.6	38.3	39.0	38.3	37.5	37.0	36.5	36.5	»
	136	136	130	130	112	114	94	100	86	84	84	92	76	68	68	68	52	50	48	
12	»	40.8	40.0	39.0	38.5	38.0	38.0	38.0	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»											
13	»	40.5	39.5	39.2	39.0	38.5	38.5	38.2	38.0	38.1	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»									
14	40.7	40.8	38.9	39.9	38.8	38.5	38.5	38.7	37.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»											

15	»	»	»	»	40.2	40.5	40.0	40.0	39.0	40.0	39.3	36.6	38.5	38.9	37.2	37.2	36.4	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»			
16	40.0	40.1	40.0	36.3	39.0	39.8	38.7	39.5	39.0	39.4	38.2	39.0	37.8	37.8	37.0	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»					
17	38.8	39.5	39.1	39.6	40.2	40.0	39.5	39.4	38.8	38.8	38.4	39.1	38.4	38.8	38.6	38.2	37.2	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»			
18	»	»	»	»	40.0	40.2	39.6	39.2	38.2	38 8	38 0	37.8	37 6	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	110	»	90	»	70	»	75	»	65							
19	39.8	39.5	40.0	»	39.2	39.0	39.0	38.3	37.8	38.0	38.2	38.5	38.0	37.8	37.8	»	»	»	»	»
	135	132	140	»	125	»	120	»	105	98	100	105	115	100	98	98				
20	39.7	39.2	38.7	38.8	38.2	38.3	37.5	»	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	120	100	97	92	80	80	78	»	72											
21	39.0	39.0	39.3	40.0	39.3	40.3	38.5	38.9	37.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	130	120	140	100	95	95	85	85	80											
22	39.0	39.5	39.5	39.0	38.5	38.7	»	37.5	37.0	»	36.8	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	128	»	110	»	100	»	»	85	85	»	70									
23	40.4	39.5	38.3	38.0	37.4	38.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	110	»	78	»	55	58			»											
24	40.0	»	38.3	38.5	38.3	38.5	37.7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	85	»	62	60	70	»	65													
25	»	»	»	40.0	39.5	39.7	38.5	39.2	38.3	38.0	38.0	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	110	95	»	82	85	82	»	78									
26	40.2	»	38.2	38.1	37.2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	100	»	90	80	85															
27	39.5	»	38.0	38.9	38.5	»	40.3	40.2	39.1	39.8	39.2	39.2	38.4	38.2	37.8	»	»	»	»	»
	90	»	60	75	78	»	85	80	68	70	68	68	68	64	60	55				
28	»	40.5	38.6	38.4	38.0	»	38.6	38.8	37.6	»	37.2	»	37.4	»	37.2	»	»	»	»	»
	»	120	80	»	65	»	80	»	60	»	60	»	65	»	58					
Moyenne	39.9	39.9	39.4	39.3	39.1	39.4	38.7	38.9	38.4	38.6	38.1	37.4	37.8	37.7	37.6	37.9	37.4	37.0	36.5	»
	108	108	88	84	81	74	68	68	68	71	71	74	70	67	65	74	55	55	60	»

N° 8 FIÈVRE JAUNE. — DEUXIÈME DEGRÉ. —

N° d'ordre.	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour		7e jour.		8e jour.		9e jour	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	40.0	40.7	40·3	40.7	39.3	39.6	38.4	39.0	38.4	39.2	38.5	39.4	10.3	39.5	40.1	39.9	38.3	38
	120	110	96	96	100	88	80	80	70	70	70	70	90	96	92	96	76	
2	»	»	40.0	40.8	40.6	41.0	10.2	40.2	39.4	39.6	38.6	38.8	38.1	37.8	37.6	37.6	37.6	33
	»	»	105	95	90	85	80	75	64	64	64	64	64	60	54	54	54	
3	»	»	»	39.6	38.3	40.4	39.7	39.0	38.1	38.2	38.2	38.6	37.8	37.8	37.6	38.1	37.1	35
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
Moyenne	40.0	40.5	40.1	40.4	39.4	40.3	39.4	39.4	38.9	39.0	38.4	38.9	38.7	38.4	38.4	38.5	37.7	38
	110	105	100	95	95	86	80	78	67	67	67	67	80	80	73	73	65	

N° 9 FIÈVRE JAUNE. — TROISIÈME DEGRÉ. —

N° d'ordre.	1er jour		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour		7e jour.		8e jour.		9e jour	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	»	39 8	39.6	10.4	39.2	»	39.5	39 6	39.0	39.0	38.6	»	39.9	40.0	40.0	40.0	40.0	
	»	112	102	102	80	»	87	92	92	96	92	»	92	»	92	80	92	
2	»	»	39.8	»	39.9	40.3	39.8	40.1	38.7	39.5	38.0	38.5	37.9	38.6	38.4	38.3	37.3	33
	»	»	115	»	105	85	80	72	64	72	64	95	85	105	100	115	115	
3	41.3	41.0	41.0	41.0	40.7	39.5	38.7	38.7	38.7	39.9	38.5	39.5	39.0	39.5	»	39.5	40.2	40
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
4	49.5	»	10.5	»	40.9	»	41.1	»	10.5	»	10.0	»	39.4	»	38.9	»	38.0	
	122	»	122	»	118	»	110	»	100	»	98	»	95	»	88	»	100	
5	10.6	»	10.8	»	41.1	»	11.1	»	»	»	39.4	»	37.3	»	37.3	»	36.7	
	120	»	113	»	114	»	114	»	110	»	100	»	80	»	100	»	120	
Moyenne	40.8	40.4	10·3	40.7	10.3	39.9	10.0	39.5	39.2	39 4	38.8	39.0	38.7	39.3	38.7	39.3	38.4	38
	120	120	113	110	104	101	93	82	91	84	88	90	80	100	95	97	107	

AS MOYENS GUÉRISSANT.

JOUR.	11e JOUR		12e JOUR.		13e JOUR.		14e JOUR.		15e JOUR.		16e JOUR.		17e JOUR.		18e JOUR.	
s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
38.0	36.5	37.2	36.5	37.2	36.5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
60	48	48	48	56	42	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
38.0	38.0	38.0	37.8	37.6	37.8	38.0	38.0	38.0	»	»	»	»	»	»	»	»
56	65	65	50	65	55	50	65	70	»	»	»	»	»	»	»	»
37.2	37.2	36.6	37.4	37.2	37.2	37.8	37.5	37.8	37.6	37.0	37.4	37.3	38.0	38.0	37.9	37.6
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
37.7	37.2	37.2	37.2	37.4	37.5	37.9	37.7	37.9	37.6	37.0	37.4	37.3	»	»	»	»
58	56	56	50	58	52	50	60	65	»	»	»	»	»	»	»	»

NTENSE A MARCHE LENTE.

JOUR.	11e JOUR.		12e JOUR.		13e JOUR.		14e JOUR.		15e JOUR.		16e JOUR.	
s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2 †	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5 »	37.2	37.0	†	»	»	»	»	»	»	»	»	»
0 »	130	»		»	»	»	»	»	»	»	»	»
0 38.0	38.5	39.5	39.5	39.6	39.5	40.5	39.0	39.4	39.0	41.5	†	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		»
6 »	39.0	»	39.5	»	39.5	†	»	»	»	»	»	»
5 »	120	»	132	»	132		»	»	»	»	»	»
2 †	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1 38.0	38.2	38.2	39.5	39.6	39.5	40.0	39.0	39.4	39.0	40.0	»	»
5 »	125	»	130	»	130	»	»	»	»	»	»	»

Sur 5 cas, la mort est survenue :
2 fois le 10e jour;
1 fois le 12e;
1 fois le 13e;
1 fois le 16e.

N° 10

FIÈVRE JAUNE.
3me DEGRÉ INTENSE A MARCHE RAPIDE.

N°s d'ordre.	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.		6e jour		7e jour.		8e jour.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	40.2 108	40.1 100	40.0 104	40.1 104	40.1 102	40.6 108	39.5 84	40.1 84	39.5 76	39.3 76	38.0 80	38.9 84	†	»	»	»
2	39.6 120	40.2 120	40.0 110	40.2 104	39 7 92	40.1 100	39.4 92	39.6 92	38.0 84	38.2 84	†	»	»	»	»	»
3	39.8 126	40.3 120	39.4 100	40.0 95	39.0 85	39.0 90	38.0 85	39.0 95	37.8 85	37.4 75	» 85	†	»	»	»	»
4	40.1 115	40.0 110	40.6 110	40.4 »	40.1 100	40.0 »	39.6 100	40.2 »	39.4 95	39.1 »	38.7 100	39.2 100	†	»	»	»
5	» »	» »	» »	» »	40.3 »	40.2 »	40.8 »	40.5 »	40.0 »	40.0 »	39.5 »	40.0 »	†	»	»	»
6	» »	» »	40.9 »	40.5 »	40.4 »	40.7 »	39 9 »	40.0 »	40.1 »	40.8 »	40.7 »	41.0 »	†	»	»	»
7	» »	» »	41.4 »	41.4 »	40.3 »	39.4 »	39.1 »	38.6 »	39.0 »	38.5 »	37.8 »	40.1 »	39.5 »	41.0 »	†	»
8	» »	40.6 95	38.7 90	40.4 80	40.0 75	40.2 »	39.0 72	39.5 78	39.0 78	38.5 85	38.4 104	»	38.3 »	†	»	»
9	41.0 120	40.2 112	39.6 108	40.4 115	39.5 »	40.0 »	38.0 75	37.2 »	36.5 »	†	» »	»	»	»	»	»
10	» »	» »	» »	41.2 115	40.4 95	41.2 100	40 4 90	40.0 »	38.8 100	†	» »	»	»	»	»	»
11	» »	» »	40.5 98	» »	40.9 88	» »	40.9 70	» »	40.0 90	» »	40 0 110	» »	40.0 130	†	»	»
12	40.5 128	» »	41.1 120	» »	41.1 100	» »	40.0 120	» »	37.8 132	» »	37.0 140	†	»	»	»	»
13	» »	» »	40.5 130	» »	40.8 127	» »	41.1 128	» »	41.1 130	» »	41.1 134	»	41.7 137	†	»	»
14	» »	» »	» »	» »	41.1 130	» »	41.1 133	» »	41.1 140	†	» »	»	»	»	»	»
15	39.4 112	39.8 100	40.1 80	»	39.0 96	39.4 80	38.8 85	»	37.6 80	38.6 98	†	»	»	»	»	»
16	» »	» »	41.1 »	40.1 »	41.0 »	40.9 »	40.7 »	39.5 »	39.5 »	40.6 »	†	»	»	»	»	»
17	» »	40.5 »	39.7 »	40.1 »	39.5 »	40.1 »	39.6 »	38.7 »	39.1 »	39.5 »	†	»	»	»	»	»
Moyenne	40.1 118	40.2 108	40.2 105	40.4 102	40.2 101	40.1 96	39.7 94	39.4 90	39.1 98	39.1 83	39.0 107	39.8 100	39.9 130	†	»	»

N° 11.

FIÈVRE JAUNE — 4me DEGRÉ SIDÉRANT

Nos d'ordre	1er jour.		2e jour.		3e jour.		4e jour.		5e jour.	
	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	38.8 100	39.4 100	40.8 100	40.9 88	39.3 84	38.9 94	38.1 84	38.8 76	†	
2	39.5 120	39.5 112	40.2 112	40.1 92	38.0 96	38.6 96	38.0 84	38.0 84	†	
3	39.9 96	40.1 100	38.9 100	39.0 100	37.9 90	38.5 100	38.2 »	†		
4	» »	» »	» »	41.0 95	41.2 95	41.2 110	37.9 »	†		
5	» »	» »	41.7 »	41.8 »	41.0 »	39.9 »	†			
6	» »	» »	41.8 »	41.4 »	40.2 »	40.8 »	39.9 »	40.5 »	†	
7	» »	» »	» »	» »	41.1 130	» »	41.7 130	†		
8	» »	» »	41.1 115	» »	41.4 120	» »	41.7 140	†		
9	» »	» »	41.1 120	» »	41.1 120	» »	41.7 140	†		
10	» »	» »	41.1 120	» »	41.1 120	» »	41.7 140	†		
Moyenne	39.4 105	39.7 104	40.8 111	40.7 100	41.2 107	40.0 100	39.9 120	39.1 118		

Ces tableaux étaient imprimés déjà quand mon excellent ami le docteur Burot, médecin de 1re classe de la marine, chef du service de santé du poste du Maroni (Guyane), a bien voulu me faire part de son rapport du 2e semestre de 1877. Les nombreux tracés que contient ce rapport ont corroboré les chiffres de mes tableaux et j'ai été heureux de voir que mon jeune camarade, qui a observé avec grand soin ses malades, formule les conclusions que j'ai adoptées à l'égard de l'identité de nature de la fièvre dite inflammatoire et de la fièvre jaune.

Revenant aux tableaux que je viens de fournir je dirai que, tout d'abord on voudra bien remarquer la grande concordance qu'il y a entre les chiffres des deux maladies, et c'est au point que leur identité de nature ressort à première vue de l'examen des tableaux comme des tracés graphiques que je viens de fournir. Je dirai plus : il est probable que si au lieu de quelques tracés nous avions pu baser nos chiffres moyens sur plusieurs centaines d'observations, les légères divergences qui existent seraient bien amoindries; peut être disparaîtraient-elles?

Pour nous rendre un compte aussi exact que possible de la situation, voyons séparément chaque degré de la maladie.

Degré léger.

Si nous faisons un seul tracé moyen des formes franche et insidieuse de la fièvre inflammatoire légère et que nous le rapprochions du tracé de la fièvre jaune du premier degré, nous voyons une grande concordance de lignes. Nous sommes autorisé par ces chiffres comme par les autres caractères l'affection à condesidérer les deux atteintes comme semblables.

La maladie est caractérisée sous le rapport thermique par une rapide ascension de la chaleur. Dans l'après-midi du premier jour ou dans le cours du second au plus tard, on note la plus grande élévation et, aussitôt après, la chaleur va en diminuant d'une manière d'autant plus régulière que l'atteinte est plus franche, présentant chaque jour une légère exacerbation vespérale et arrivant aux environs de 37,5 du 5e au 6e jour.

A ne voir que les cas légers, on est obligé de convenir que l'examen de la température ne montre pas d'une manière bien évidente les deux périodes bien tranchées et séparées par un moment de rémission. C'est une poussée fébrile qui atteint son apogée en peu d'heures, et qui descend plus ou moins régulièrement et plus ou moins vite vers le chiffre physiologique, de

telle manière que, du quatrième au huitième jour, la température est rentrée dans les conditions normales. Si, laissant de côté pour un instant le thermomètre, nous suivons l'évolution des divers symptômes, nous voyons que, du second au quatrième jour, on a constaté une amélioration irrécusable dans l'état de l'individu, de sorte que, dès que la chaleur est au-dessous de 39° à 38,4 ou 38,6, par exemple, il y a un tel changement en bien, que tous, médecins et malades, sont portés à considérer l'atteinte comme tirant à sa fin, le danger comme passé.

Dans certains cas, dès le 5e jour la température revenue aux proportions normales reste sans osciller beaucoup ; dans d'autres, on voit quelques petites exacerbations vespérales continuer à se montrer, et c'est l'indice d'une insidiosité qui n'est encore que fort peu de chose pour le degré léger, mais qui s'accentue de plus en plus à mesure qu'on observe des atteintes plus sévères.

Degré moyen.

Ici encore nous devons faire remarquer que si on compare, d'un côté, le tracé de la fièvre inflammatoire moyenne et, de l'autre, le tracé du degré dont nous nous occupons, on est frappé de la similitude qu'il y a. C'est au point, dois-je dire, que si nous avions pu réunir un plus grand nombre de tracés nous serions arrivés, je crois, à une identité absolue de lignes. L'ascension thermique se fait presque aussi vite dans le degré moyen que dans le degré léger ; c'est à peine s'il s'écoule vingt-quatre heures, trente-six au plus entre le moment où la fièvre débute et celui où le thermomètre est arrivé au plus haut de sa course. La défervescence ne semble se montrer, et même sous forme à peine de simple tendance, souvent avortée, que le troisième, quelquefois le quatrième jour. A ce moment elle va s'accentuant de plus en plus, mais en procédant par de petites descentes nocturnes et de petites exacerbations vespérales qui montrent bien que le degré léger est en intime parenté avec les autres, même les plus graves. Répétons encore ici que dans la forme franche, la défervescence est plus rapide en même temps que plus régulière que dans les cas insidieux. Elle est d'autant plus lente et plus mouvementée que l'insidiosité est plus grande, c'est-à-dire qu'un accident est plus à craindre. Ce n'est guère que le dixième ou onzième jour qu'on est arrivé au chiffre de 37,5 qui, bien que plus élevé que la température normale, est cependant trop faible pour être considéré comme fébrile.

Donc, on peut dire qu'au point de vue thermique la fièvre jaune de moyenne intensité est constituée par une brusque ascension qui dure deux, trois, quatre jours et ensuite une défervescence d'autant plus régulière et plus rapide que l'atteinte est plus légère, c'est-à-dire moins grave; ici encore c'est une sorte de plateau fébrile et une ligne descendante plus ou moins régulière, plus ou moins oblique, de sorte qu'à proprement parler on ne voit pas de rémission séparant deux périodes fébriles.

Cependant, quand on examine l'ensemble des symptômes de la maladie, cette période de transition est très-marquée, parfaitement visible, de sorte que ce n'est pas sans un certain étonnement, pourrais-je dire, que le clinicien constate l'écart qu'il y a entre l'état général du malade qui semble très-évidemment meilleur, et le degré de température qui est resté encore relativement très-élevé. On dirait, qu'on me passe le mot, que l'organisme se hâte de chanter victoire dès que la fièvre a un peu baissé, et bien avant qu'elle n'ait disparu.

En y réfléchissant, on comprend assez bien que cette rémission ait paru plus accentuée qu'elle ne l'est en réalité; en effet, dès qu'il y a un peu d'amélioration dans cette poussée fébrile aussi rapide qu'intense, l'organisme éprouve un si grand soulagement qu'il semble que la guérison est véritablement arrivée alors qu'il n'y a encore qu'une légère diminution dans les phénomènes morbides. Il se passe ici ce qui se passe dans les ouragans ou dans les moments de forte gelée, qu'on me permette cette comparaison : dès qu'il y a une légère amélioration dans la situation, le marin éprouve un bien-être qui lui ferait dire, pour un peu plus, qu'il ne vente plus, le voyageur serait sur le point de se dévêtir déjà. Pendant ce temps les instruments, qui ne raisonnent pas, qui se bornent à montrer la réalité toute simple sans rien préjuger ou pressentir de l'avenir, donnent encore l'indication d'un état très-pénible.

Après une dizaine de jours, on voit le thermomètre remonter dans la fièvre jaune de moyenne intensité, et soit que la maladie doive prendre une tournure fâcheuse, soit que la guérison doive survenir on voit pendant quelques jours des oscillations et des ascensions brusques. Je ne saurais mieux caractériser cet état qu'en disant que c'est une sorte de choc en retour de l'organisme, qui jusque-là a subi l'atteinte avec surprise, qu'on me passe le mot, et qui, le premier moment passé, réagit d'une manière plus ou moins vigoureuse. Ceci est cependant une pure hypothèse, car on pourrait tout aussi bien dire que ces ascen-

sions et ces oscillations sont le résultat des désordres anatomiques qui ont entraîné une plus ou moins grande perturbation fonctionnelle. Quelle que soit l'opinion que l'on ait à ce sujet, il suffit d'indiquer le phénomène appréciable à nos sens, de sorte que la fièvre jaune moyenne pourrait être considérée comme ayant réellement une période de rémission. Mais remarquons qu'au point de vue thermique cette rémission se montre du huitième au douzième jour, tandis que, si nous faisons attention à l'expression générale du sujet, c'est du quatrième au sixième jour que les symptômes semblent s'être amendés, et que l'on observe la transition entre un état inflammatoire et un état d'adynamie.

Degré intense.

Pour le degré intense, il y a une distinction à faire entre les cas dits à marche lente et ceux qui ont évolué plus rapidement. Dans les premiers, on voit une atteinte semblable au degré moyen dans les premiers jours; puis à un septenaire, dix jours quelquefois de l'atteinte primitive, la température remonte au-dessous de 39 et reste ainsi élevée plusieurs jours et jusqu'à la mort. On voit très-bien pendant cette période l'organisme se débattre impuissant contre une atteinte qui a brisé dès le début, les ressorts de la vie.

Les cas dits à *marche rapide* sont caractérisés par une brusque ascension avec une légère tendance à la défervescence, mais au quatrième, cinquième ou sixième jour cette défervescence qui est allée jusqu'aux environs de 39°, est brusquement arrêtée et remplacée par une nouvelle ascension, qui atteint de nouveau 40°, plus même et qui ne précède la mort que de fort peu de temps; quelques heures, un jour, deux jours au plus.

Degré sidérant.

Dans le degré sidérant, la marche de la maladie diffère de ce qu'elle est dans les autres; la température au lieu de s'arrêter aux environs de 40° monte, monte jusqu'à ce que la résistance vitale soit rompue, dirait-on, ce qui arrive vers la fin du second jour. Le semblant de défervescence qui se manifeste alors n'est en définitive que le commencement d'un collapsus, qui ne finira qu'à la mort, qui est prochaine.

Si nous voulons jeter un coup d'œil synthétique sur la marche de la température dans les divers degrés de la fièvre jaune, nous voyons que dans les cas les plus bénins, la maladie

consiste dans une brusque ascension thermique, comme si le sujet avait reçu un violent choc morbide, et qu'à partir du premier jour la température descend régulièrement et vite aux chiffres normaux qui constituent la convalescence et bientôt la santé. Dans les cas moyens, on voit après cette scène pathologique un certain ébranlement consécutif de l'organisme, se traduisant par des élévations et des oscillations de température, allant entre 37,5 et 38,5 environ.

Les cas intenses à marche lente ressemblent d'abord aux précédents, seulement la période d'oscillation est plus longue en même temps que les chiffres restent plus élevés.

Enfin, pour les cas intenses à marche rapide et les cas sidérants, on peut dire que l'atteinte est tellement brusque et intense que l'organisme surpris succombe à la première lutte.

Nous ajouterons en terminant ce qui a trait à la température dans la fièvre jaune, que Jaccoud (*loc. cit.* p. 683) en a inféré ces trois propositions : 1° maximum thermique très-élevé et très-précoce (de quelques heures à un jour) ; 2° rémission plus moins profonde, mais n'allant pas jusqu'aux chiffres de la température normale du 3° au 4e jour; 3° reprise et persistance de la fièvre.

Notre savant collègue, M. Langellier-Bellevue a donné dans son rapport de l'épidémie de 1869 à Saint-Pierre les indications suivantes :

1° La température axillaire pendant la 1re période (réaction) a oscillé entre 41 et 38°8. Pendant la 2e période (rémission) elle a tombé rapidement de 41° à 36°4 arrivant peu à peu à la température normale dans les cas heureux, restant invariable entre 38°9 et 38°2 dans les cas funestes.

2° Si on compare le pouls à la température, on voit que, dans la 1re période, il n'y a aucun rapport saisissable, mais qu'à l'époque de rémission et d'hémorrhagie, les deux ont une marche parallèle, que le malade doive guérir ou non.

3° Si le malade doit guérir, la température et le pouls vont en décroissant; si le malade doit succomber, le pouls reste de 80 à 100, la température de 38°2 à 38°9.

Le pouls et la température sont donc deux précieux éléments de diagnostic, leur décroissance régulière est un signe certain de guérison.

Ajoutons à ces considérations quelques renseignements complémentaires à savoir :

La température des extrémités ne donne donc pas un indice

suffisant de celle du corps ; de sorte que c'est la mensuration de la chaleur du creux axillaire ou du rectum qu'il faut consulter et non l'impression ressentie en touchant soit les avant-bras soit les jambes.

Lorsque la fièvre jaune est intense et a une marche dangereuse, on voit de temps en temps une augmentation de la température survenir.

Lorsque la fièvre jaune doit avoir une issue heureuse, la température va diminuant chaque jour, de telle sorte qu'elle n'est pas le lendemain plus élevée que la veille à la même heure. Le contraire s'observe dans les cas graves et lorsqu'une terminaison funeste doit survenir.

Pouls.

Lorsque la maladie débute franchement avec un appareil réactionnel intense et chez des individus vigoureux, le pouls est large, rebondissant tout d'abord et bat de 100 à 120 fois par minute ; il est dans ce cas en rapport avec l'intensité de l'atteinte. Mais il ne faut pas oublier qu'il est en rapport aussi avec l'état plus ou moins vigoureux du sujet, d'une part ; d'autre part, qu'on voit souvent des cas insidieux dans lesquels le pouls tromperait l'observateur s'il ne recourait à d'autres signes. Et d'ailleurs, disons tout d'abord qu'il donne des indications beaucoup moins importantes que la température, car il varie de 90 à 120 dans la première période, puis baisse le plus souvent, mais se maintient parfois plus ou moins élevé. L'irrégularité du pouls est un signe des plus fâcheux et lorsqu'on le constate au début de la maladie, on peut en inférer que la mort surviendra même au cas où aucun accident bien remarquable ne serait constaté alors. Dutrouleau avait remarqué cette particularité et a appelé l'attention sur elle ; il disait que lorsqu'il trouvait le pouls soit contracté soit tremblant il n'en présageait rien de bon.

Au moment de la rémission, le pouls perd de sa force et de sa fréquence, lorsque les choses tournent bien. Au contraire, il reste fréquent, élevé pendant plus longtemps dans les atteintes dangereuses ; enfin si après plusieurs jours de maladie le nombre des pulsations tend à augmenter, on peut en déduire que le danger est grand. En même temps qu'il s'accélère dans les cas graves il devient plus petit, filiforme. On a même constaté la disparition du pouls radial 12, 16, 24, 30 heures avant la mort.

Lorsque les hémorrhagies doivent avoir lieu, le pouls les an-

nonce souvent par son dicrotisme, les observateurs en ont été parfois frappés. Dans certains cas très-graves et le plus souvent âcheux, le pouls donne un sensation étrange au doigt. Amic l'appelait le pouls gazeux, on dirait en effet que de temps en temps une bulle de gaz passe sous le doigt. J'ai constaté ce pouls gazeux dans nombre d'états très-graves, chez les fébricitants les plus divers, paludisme, pyémie, suppuration du foie, dothinentérie et sous toutes les latitudes.

Le pouls baisse dans la seconde période de la fièvre jaune d'une manière parfois extraordinaire, quand l'atteinte a été grave; mais ce n'est pas là un signe toujours fâcheux, car on a pu voir survenir une lenteur extrême du pouls, 40,38 pulsations à la minute sans que la guérison fît défaut.

Respiration.

La respiration est assez souvent troublée dans la fièvre jaune pour avoir frappé l'esprit des observateurs; on a tiré de son état des signes pronostiques d'une certaine importance. Elle est en général assez troublée dès les premières heures de l'invasion, plus fréquente qu'à l'état normal, montant à 20, 25, 30, 36 même inspirations à la minute; elle est en général haute, plus ou moins suspirieuse dans certains cas; parfois entrecoupée de mouvements spasmodiques qui ressemblent assez à des sanglots.

Lorsque l'atteinte est légère ou de moyenne intensité, les troubles respiratoires sont à leur minimum, font presque défaut même dans les cas les plus heureux; mais, au contraire, on les voit s'accentuer davantage à mesure que la maladie est plus grave; aussi comprend-on très-bien que, dès les premiers moments, les observateurs aient eu l'idée de consulter l'état de cette respiration, pour savoir si le sujet court plus ou moins de dangers.

Au moment de la rémission, la respiration reprend souvent son rhythme normal, lorsque l'atteinte, sévère au début, s'amende vers le bien. Dans la seconde période, elle varie suivant les diverses conditions dans lesquelles se trouve l'organisme; c'est ainsi que, si elle est naturelle, elle restera régulière tant que des phénomènes fâcheux ne surviendront pas. Elle est parfois anxieuse et annonce dans ces cas une aggravation même avant la manifestation d'autres symptômes; elle est courte, suspi-

rieuse, spasmodique à la période ultime chez beaucoup d'individus.

Enfin ajoutons que la respiration se ralentit souvent d'une manière extrême pendant la convalescence, pour ne revenir à l'état naturel que lorsque la santé est entièrement récupérée.

Les troubles mécaniques de la respiration coïncident, on le comprend facilement, avec une perturbation profonde de ses phénomènes chimiques, et il est naturel de dire à priori que, dans la fièvre jaune, l'hématose se fait mal.

Faim et soif.

Au moment de l'invasion de la fièvre jaune, tout désir de manger cesse d'une manière absolue, on devine, en effet, que le malade se trouve sous le coup d'une atteinte fébrile qui abolit toute sensation de faim. La soif, en revanche, est forte et on le comprend aussi très-bien en songeant à l'élévation de température dont le corps devient le siége. Lors de la rémission la faim ne reparaît que très-modérément, en même temps que la soif reprend ses proportions physiologiques. Lors de la seconde période des cas moyens et intenses, cette soif redevient forte, insatiable même souvent, et cela en particulier lorsque le vomissement se manifeste de la manière la plus pénible et est provoqué par la moindre ingurgitation de liquide. On pressent que, dans ces conditions, la vie du malade est très-triste, car le désir de boire est aussi impérieux que l'intolérance de l'estomac est absolue. La faim n'est pas toujours abolie dans la seconde période et, chez beaucoup de sujets même, parmi les plus gravement atteints, on la voit assez impérieuse parfois. Hâtons-nous de dire que c'est, dans la grande majorité des cas, alors une sensation fausse, de sorte que l'ingestion des aliments ne la fait pas passer. Mais d'ailleurs disons aussi que l'estomac se charge le plus souvent alors de rejeter les substances introduites intempestivement dans sa cavité.

Tube digestif.

Les phénomènes qui se passent du côté du tube digestif dans la fièvre jaune, sont très-variés en même temps que très-intéressants à cause de leur grande importance. Nous avons besoin d'en parler séparément, car il nous faut entrer dans quelques détails touchant ceux de l'estomac et ceux de l'intestin.

Bouche.

Dès le début de la maladie, la bouche est sèche et pâteuse, quelques fois amère, cet état se continue pendant la rémission; allant en disparaissant dans les cas légers et favorables, étant remplacé par des phénomènes plus graves dans les cas d'atteinte sévère. Nous avons parlé de l'aspect des lèvres précédemment, il n'est pas nécessaire d'y revenir actuellement.

Gencives.

Dans la fièvre jaune comme dans la fièvre inflammatoire qui en est un dérivé, une atténuation, on constate des altérations des gencives qui méritent de nous arrêter un instant. C'est ainsi qu'au début, les gencives sont couvertes d'un léger enduit blanchâtre qui a passé longtemps inaperçu, mais qu'on a trouvé toujours depuis que l'attention a été appelée sur son compte.

L'enduit gingival qu'on observe dans la fièvre jaune, ne différant en rien de celui dont nous avons parlé dans la description de la fièvre inflammatoire (*loc. cit. p.* 236) nous n'avons qu'à répéter ici ce que nous disions alors.

Voile du palais.

En regardant avec soin la voûte palatine et le voile du palais, on constate souvent un pointillé rouge analogue à l'éruption cutanée qui s'observe en même temps à la face et aux parties supérieures du tronc.

Langue.

La langue présente des caractères qui, sans être pathognomoniques ont certainement leur valeur dans la fièvre jaune : C'est ainsi, par exemple, qu'au début elle est modérément épanouie en général, souvent, un peu globuleuse. Les observateurs, ont noté un enduit saburral plus ou moins épais suivant les cas; nous pensons que, lorsque le paludisme ou un état persistant d'irritation du foie n'a pas donné à la langue cet aspect blanchâtre dû à l'accroissement de longueur du gazon épithélial l'aspect dit cotonneux signalé depuis longtemps est bien ordinairement ce que l'on constate.

Lorsque les vomissements surviennent dans la première période, on voit le gazon épithélial de la langue se colorer diversement. Une disposition qui est assez fréquente, c'est celle de deux bandes plus opaques, plus jaunâtres siégeant sur la face supérieure et limitées en dehors par une coloration rouge plus ou moins vif du limbe de l'organe, en dedans par une bande moins rouge que les bords, mais aussi moins blanche que les côtés et occupant le raphé médian.

La langue qui n'était déjà pas très-humide pendant la première période, puisque les observateurs lui ont donné, avons-nous dit, le nom de cotonneuse, tend à se sécher à mesure que la seconde période se déroule. L'enduit grisâtre qui la recouvrait, diminue, puis disparaît, et elle apparaît alors comme dépouillée de son épithélium, à l'état rouge vif qui devient de plus en plus accusé. Elle commence alors souvent à être le siége d'une exhalation sanguine extrêmement ténue d'abord, puis devenant plus abondante peu à peu.

Dans quelques cas, la langue reste humide pendant la seconde période, et est recouverte de la couche épithéliale grise du début, c'est surtout lorsque la guérison doit survenir. Mais quoique cette langue ait pu rester naturelle dans des atteintes de grande gravité, on la voit en général s'altérer dans les cas graves. Le plus souvent, elle présente alors après quelques jours d'évolution, des fissures d'où s'échappe une hémorrhagie plus ou moins forte; d'autres fois, elle tend à se sécher, à se rôtir, à prendre l'aspect dit langue de perroquet pour nous servir des expressions consacrées par l'usage. Enfin sur la langue comme sur les gencives et les lèvres se déposent des fuliginosités qui n'ont rien de spécial du reste à la maladie et qui se retrouvent ici comme dans la fièvre typhoïde par exemple.

Ai-je besoin de rappeler que l'haleine qui était plus ou moins forte dès le début et qui, lorsqu'il y a des phénomènes graves, prend une odeur ammoniacale assez accentuée, devient infecte peu après l'apparition des hémorrhagies et des fuliginosités de la bouche par le fait de la décomposition des produits de sécrétion et du sang exhalé par les fissures de la muqueuse?

Vomissements.

L'étude du vomissement est une des plus intéressantes peut-être dans la fièvre jaune; car, si on s'en souvient, les noms de vomissement noir, de vomito prieto ou negro, de black vomit,

donné à la maladie dans maints pays et à toutes les époques, indique l'importance que doit avoir ce phénomène.

Les vomissements varient beaucoup et suivant la période et suivant le degré d'intensité de l'atteinte, aussi les indications qu'il donne sont utiles tant pour le diagnostic que pour le pronostic. Nous avons dit que, pour peu que la fièvre jaune soit intense, elle s'accompagne de vomissements pendant la première période; or, on comprend très-bien que suivant le moment de l'invasion, le premier vomissement peut être composé de matières alimentaires.

Dans ce cas, sa composition comme son apparition très-voisine du début peut faire croire tout d'abord à une indigestion, mais sa continuation et les modifications de sa composition ne permettent pas une erreur de bien longue durée.

Le vomissement de la première période, lorsqu'il ne renferme pas des matières alimentaires ou bien qu'il n'est pas mêlé aux tisanes ingurgitées, est aqueux ou bilieux, tantôt il est incolore, ne contenant qu'un peu de liquide tenant du mucus stomacal en suspension, tantôt il est plus ou moins jaune, plus ou moins verdâtre et même on a observé l'aspect dit porracé ou jus d'herbes. Ces diverses colorations ne me semblent pas avoir une bien grande importance ou pour mieux dire me paraissent se lier à des états encore mal déterminés de la fonction hépatique, dans les pays chauds : le sujet était-il relativement bien portant, je crois que c'est le vomissement aqueux ou légèrement jaunâtre qui se montrera; était-il impaludé, ou bien son foie était-il surexcité comme on le voit souvent dans les pays chauds, toutes les teintes du vert peuvent se manifester.

M. Cunisset, qui a observé au Sénégal et à la Guyane, c'est-à-dire qui a été parfaitement placé pour faire la distinction, dit qu'on pourrait établir le diagnostic différentiel entre la fièvre jaune et la fièvre mélanurique rien que par l'aspect des vomissements; en effet, dit-il, dans la fièvre bilieuse, les vomissements sont très-abondants et contiennent une quantité de pigments biliaires très-grande, tandis que dans la fièvre jaune ces vomissements sont moins abondants, en même temps qu'ils contiennent relativement peu de bile. Je l'avais signalé déjà en parlant des maladies du Sénégal, et je suis heureux de retrouver dans son dire la corroboration du mien.

A mesure que la première période se déroule, les vomissements diminuent de fréquence en général, et ils cessent le plus souvent au moment de la transition de la première à la seconde

période, de sorte qu'il arrive maintes fois qu'après avoir eu des vomissements plus ou moins fréquents au début de la maladie le sujet ne présente plus rien du côté de l'estomac, jusqu'à un moment plus ou moins éloigné de la seconde periode, moment où ils reparaissent et présentent des caractères variables plus ou moins accentués.

Dans la seconde période, les vomissements sont précédés le plus souvent par un état nauséeux plus ou moins accentué, durant plus ou moins longtemps et s'accompagnant parfois de spasmes douloureux, mais il arrive maintes fois aussi que ces vomissements, et même les vomissements noirs les plus caractéristiques se montrent spontanément et sans que le sujet présentât aucun phénomène prémonitoire.

Les vomissements de la seconde période diffèrent de ceux de la première, avons-nous dit précédemment, nous avons à y revenir maintenant, pour en déterminer les diverses variétés. Or constatons que maintes fois le vomissement est la réaction stomacale contre un liquide ingéré, de sorte que voilà une première catégorie qui peut présenter bien des variétés, mais qu'il nous suffit de signaler sans avoir besoin de la décrire en détail.

Quant au vomissement appelé : le *mélanhème*, par beaucoup d'observateurs pour comprendre d'un seul mot toutes ses variétés, nous dirons qu'il se présente sous des aspects qui peuvent être rangés en sept ou huit catégories qu'il est assez difficile parfois de spécifier bien nettement, car on comprend que de l'aspect incolore à la couleur noire encre ou marc de café, il y a des gradations un peu variables au gré du narrateur.

Les médecins brésiliens distinguent, au dire de notre savant collègue, M. Rey, trois sortes de vomissement noir : 1° un liquide couleur verdâtre, tenant en suspension de la matière pulvérulente noire ; 2° un liquide noir homogène semblable à de l'encre, ne laissant pas déposer de sédiment; 3° du sang pur paraissant noir quand il est en couche épaisse et rouge obscur par transparence.

1re *variété du vomissement noir.* — C'est un liquide verdâtre, louche, tenant en suspension une substance pulvérulente noire. Ce liquide laissé au repos se sépare en deux portions, une liquide, l'autre solide en forme de sédiment.

Ce sédiment vu au microscope paraît composé d'un très-grand nombre de cellules de forme ellipsoïde à un ou deux noyaux; ces cellules que les médecins brésiliens considèrent comme de

véritables champignons, augmentent de quantité à mesure que la maladie se prolonge.

2e *variété du vomissement noir.* — C'est un liquide épais, un peu gluant comme du mucus très-liquide semblable à de l'encre et ne laissant pas déposer de sédiment par le repos. L'examen microscopique y découvre des globules sanguins infiltrés de bile, disent les médecins brésiliens, de sorte qu'ils ressemblent à de petites plaques de gélatine trempées dans une solution de Calabarine (Gama-Lobo cité par M. Rey).

3e *variété du vomissement noir.* — C'est du sang pur présentant au microscope des globules rouges et blancs, des cellules épithélium et des plaques de pigment.

M. Cunisset, dans son étude chimique de la fièvre jaune, a distingué seulement deux espèces de vomissement, l'un qu'il appelle le *rouge*, l'autre qu'il nomme le *brun marron*. Le vomissement rouge est peu fréquent; il est le résultat d'une véritable hémorrhagie stomacale dans laquelle le sang a passé peu de temps dans l'estomac; il s'observe à la période des hémorrhagies passives, se produit souvent, dit-il, au moment de la mort et s'il n'est pas rejeté se trouve à l'autopsie dans l'estomac.

Le vomissement brun-marron est plus fréquent que le précédent; il contient une moins grande proportion de sang, et on peut expliquer sa formation, dit notre savant camarade, en admettant que l'hémorrhagie s'est faite lentement et que le sang restant plus longtemps dans l'estomac a perdu sa coloration propre, ayant été digéré en partie.

Cette distinction, nous renseignant très-bien sur la nature des diverses variétés du vomissement noir, doit faire cesser les discussions qui ont eu lieu à son sujet, et on peut admettre sans conteste aujourd'hui qu'à une certaine période de la maladie il se fait dans l'estomac la même exsudation qui se fait sur les muqueuses buccale, oculaire, génitale, etc., etc., or ce sang exsudé par la muqueuse stomacale commence aussitôt à être altéré par les liquides digestifs, de sorte que, s'il est rapidement vomi et qu'il soit sécrété en abondante quantité en peu de temps, il peut se faire que les individus vomissent du sang pur comme la vu Arnoux dans le 3e trimestre de 1856,— tandis que dans le cas contraire il passe par nombre de gradations qui lui donnent un aspect variable d'un individu à un autre.

Dans nombre de cas où le vomissement noir n'a pas été observé pendant la vie, la gastrorrhagie a néanmoins existé, car on retrouve après la mort la matière noire dans l'estomac et les

intestins, on a pu parfois constater cette matière noire dans les selles pendant la vie.

Dans quelques épidémies, le vomissement noir a semblé être moins souvent mortel que dans d'autres — ce fait a été constaté par Ballot en 1867, par exemple ; mais il est à remarquer que dans cette épidémie les autres hémorrhagies très-fréquentes d'ailleurs ne parurent pas avoir la gravité qu'on est habitué à leur reconnaître.

Dans quelques cas, on voit le vomissement noir caractéristique alterner avec le rejet du sang parfaitement pur. Une hémorrhagie concomitante du pharynx ou de l'œsophage et de l'estomac explique cette particularité.

Le vomissement noir survient tantôt spontanément, tantôt ne se montre qu'après des transitions très-ménagées dans la nature et l'aspect des substances rejetés. Quand il survient spontanément on a noté tantôt un état de calme précurseur, de bien-être même qui a plus d'une fois abusé le malade comme le médecin ; tantôt au contraire il a été précédé d'un état d'anxiété très-grand. — Il est à noter que souvent, dans ce dernier cas, l'expulsion des premiers vomissements noirs est suivi d'un état de bien-être d'un véritable soulagement, qui dans quelques très-rares cas a semblé être le commencement de la convalescence ; mais ces faits sont si peu fréquents qu'on doit continuer à considérer le vomissement noir comme un terrible signe pronostique.

Lorsque la gradation se fait peu à peu, le vomissement de la seconde période de la fièvre jaune est en général blanchâtre au début, légèrement opalin, limpide, c'est comme du suc gastrique pur, dirait-on à première vue, si son abondance n'était pas exagérée ;— ce vomissement blanchâtre mérite d'appeler l'attention des observateurs ultérieurs, car il révélera à l'analyse chimique une première altération profonde déjà dans la composition des sécrétions.

Peu après l'apparition de ce vomissement blanc précité, on voit l'aspect des réjections se modifier ; les noms des vomissements ailes de mouche, toile d'araignée, etc., etc., rendent assez bien compte de ce que l'on voit, de même que les noms café au lait, chocolat au lait ;— puis la couleur devient de plus en plus foncée, et suivant le cas on l'a appelé avec égale raison : vomissement thé, brun, noirâtre, noir, marc de café, encre, suie délayée, poudre à canon, tabac à priser, etc., etc.

Le vomissement noir commence à se dessiner du troisième au quatrième jour, c'est-à-dire après la rémission ; il suit et ne pré-

cède pas la coloration subictérique comme d'ailleurs toutes les hémorrhagies du typhus amaril.

Le vomissement noir est assez spécial d'aspect pour avoir vivement frappé et médecins et malades; le vulgaire lui-même s'en préoccupe fortement de sorte qu'il a été, on le comprend, l'objet de maintes recherches, ce n'est guère cependant que dans ces dernières années qu'il a été assez bien étudié, et encore nous avons bien des choses à apprendre au sujet de sa composition. Il faut citer en première ligne les travaux du docteur Alvarenga de Lisbonne quand on parle du vomissement noir du typhus amaril.

Il y a longtemps qu'on a signalé qu'un linge trempé dans le vomissement noir se colore en bistre et présente de petites taches noires constituées par des corps solides comme si on avait, par exemple, trempé ce linge dans un liquide contenant en suspension du marc de café ou du tabac à priser ; il y a là un moyen simple de faire le diagnostic différentiel entre la fièvre jaune et diverses fièvres bilieuses des pays chauds.

Le vomissement noir laissé au repos se sépare en deux portions, une supérieure, une inférieure; la première, liquide, de couleur plus ou moins foncée, un peu louche, mais néanmoins n'ayant pas entièrement perdu un reste de transparence ; la seconde, qui a gagné le fond du vase, se présente sous forme d'un nuage épais, d'un amas de flocons composés d'une substance noire qui paraît être emprisonnée par un mucus plus ou moins visqueux et qui, suivant son abondance, a déterminé la coloration du vomissement.

Portion liquide du vomissement noir. — Lorsqu'on a laissé reposer le vomissement et mieux, lorsqu'on l'a filtré, on trouve d'après M. Canisset que la portion liquide est acide, limpide, incolore, ou à peine un peu jaune pâle; elle contient de faibles traces d'albumine qui ne sont parfois décelées que par la chaleur unie à l'acide acétique ;— elle donne par le nitrate d'argent un précipité blanc cailleboté insoluble dans l'acide azotique (indice des chlorures), contient aussi quelques sulfates, ne précipite pas par le chlorure de zinc (indice de l'absence de la créatinine).

Partie solide du vomissement noir. — Le dépôt traité par l'essence de térébenthine et la teinture de gaïac donne la coloration bleue caractéristique du sang; — chauffé avec quelques gouttes d'acide acétique il produit des cristaux d'hémine; il contient de l'albumine, tous indices qu'on à affaire à du sang ou au moins à ses principes constitutifs.

Le docteur Luzeau, examinant au microscope pendant le 1er trimestre de 1839 les vomissements de la fièvre jaune, constata que dès qu'ils prennent la couleur spéciale désignée sous le nom de café au lait, chocolat, etc., etc., on y trouve des globules sanguins.

En même temps qu'il constatait la présence des globules sanguins dans les vomissements de la seconde période de la fièvre jaune, Luzeau signalait : 1° des corps étrangers en suspension dans le liquide, n'ayant aucune forme déterminée ; 2° des tubes transparents semblables à des ramifications végétales que l'on rencontre dans beaucoup de liquides organiques.

Ces recherches, quelque imparfaites qu'elles fussent, renseignaient déjà sur la nature de ce vomissement et ont été corroborées d'ailleurs par les travaux ultérieurs. Les analyses du vomissement noir ont permis au docteur Alvarenga de reconnaître au microscope :

1° Des globules sanguins décolorés.

2° Des fragments à formes irrégulières de couleur marron et paraissant formés par une combinaison de la matière verte de la bile et de la matière colorante du sang.

3° Des cellules d'épithélium pavimenteux en grand nombre.

4° Des globules de graisse et des cristaux divers paraissant provenir des liquides de l'alimentation donnés avant la mort.

5° *Des sarcinà ventriculi.*

6° Des vibrions vivants et morts.

L'analyse chimique du vomissement noir a fourni au docteur Alvarenga les résultats suivants : densité, 1007 à 1017 ; — acide — l'acide azotique a fait deux fois sur cinq analyses naître une teinte jaune, n'a produit trois fois aucun changement. Même résultat avec les acides sulfurique, chlorhydrique, acétique et l'alcool à 36°.

L'ammoniaque et la potasse caustique troublaient le liquide ; puis, le lendemain, la limpidité était observée après un dépôt composé de cristaux d'ammoniaque ou de poudre de potasse.

Le nitrate d'argent décelait la présence des chlorures.

Le nitrate de baryte troublait légèrement le liquide dans lequel on trouvait la lendemain un petit dépôt de cristaux d'oxalate de chaux.

La liqueur de Barreswil réduisit l'oxyde de cuivre une fois sur cinq, et on trouva d'autres réactions de la glycose dans cette analyse.

L'évaporation a décelé le chlorure de sodium cristallisé.

En délayant vingt grammes de sang avec un bâton de verre trempé dans l'acide chlorhydrique, le docteur Alvarenga dit avoir obtenu un liquide en tout semblable au vomissement noir.

Quelques observateurs ont cru trouver du carbonate d'ammoniaque dans les vomissements. M. Chapuis, par exemple, en traitant le vomito negro par l'acide chlorhydrique, obtint des cristaux de chlorhydrate d'ammoniaque. On en a déduit aussitôt une première probabilité en faveur de la théorie qui ferait dépendre la plupart des accidents de la fièvre jaune à l'urémie. M. Cunisset, dans son travail sur la fièvre jaune, s'est élevé contre cette opinion que le vomissement noir renferme du carbonate d'ammoniaque, et voici d'ailleurs ce qu'il en dit :

« Certains auteurs ont trouvé du carbonate d'ammoniaque dans les vomissements noirs et ils ajoutent que les vomissements étaient acides. La présence de ce sel ne peut pas ce concilier avec l'acidité du liquide ; en effet si l'urée éliminée par les parois de l'estomac, se transformait en carbonate d'ammoniaque, les acides du suc gastrique (acide phosphorique à l'état de sels acides, acides lactique, acetique, chlorhydrique, etc.) décomposeraient le carbonate d'ammoniaque et donneraient les sels ammoniacaux correspondants. »

Pour trancher la question nous avons employé le procédé suivant : les matières du vomissement étant filtrées le dépôt recueilli sur un filtre était lavé avec de l'eau distillée; le liquide povenant de la filtration était introduit dans une cornue tubulée dont le bec était mis en communication au moyen d'un ajutage en caoutchouc avec un tube à boules de Liebig contenant de l'acide chlorhydrique étendu d'eau distillée. On ajoutait au liquide de la cornue un lait d'hydrate de magnésie récemment préparé et on chauffait au bain-marie à la température de 80°. Nous préférons dans ce cas l'hydrate de magnésie à une solution de potasse parce que son action est moins énergique sur les matières albuminoïdes et qu'il fallait éviter la formation d'ammoniaque étrangère à celle qui pouvait exister à l'état de carbonate d'ammoniaque.

Après une demi-heure on faisait passer au moyen d'un tube aspirateur un courant d'air dans l'appareil pour chasser les gaz de la cornue. On traitait la solution chlorhydrique par du bi-chlorure de platine, on ajoutait de l'alcool et on abandonnait au repos jusqu'au lendemain.

En opérant ainsi nous n'avons jamais constaté la formation du précipité jaune de chlorure double de platine et d'ammoniaque caractéristique des sels ammoniacaux.

M. Cunisset a fait de nombreuses analyses qui lui ont permis d'affirmer que la cholestérine n'existe pas dans le vomissement

noir pas plus que les pigments biliaires, ni les sels biliaires, le plus souvent; il n'a pas trouvé d'urée non plus, et dans les rares circonstances où un de ces corps a été rencontré, il existait en si faible quantité que l'on peut ne les signaler que pour mémoire.

Quelle que soit sa composition, disons encore que le vomissement noir est un phénomène de la plus extrême gravité en général. Dans quelques épidémies, il a paru moins souvent mortel que dans d'autres. On a dit avec raison qu'il est moins souvent funeste chez les enfants que chez les adultes. Mais néanmoins nous ne pouvons que signaler encore sa terrible signification pronostique dans la plupart des cas. Nous en donnerons pour preuve entre mille que, dans son rapport du troisième trimestre 1841, Câtel, en signalant deux cas de guérison après le vomissement noir, disait que ces faits sont très-rares, puisque, dans l'espace de quatre années et sur plus de 700 malades qui avaient vomi noir, il n'en avait vu que cinq revenir à la vie, — un sur 140 environ.

Selles.

Sans présenter l'importance et l'intérêt des vomissements, les selles de la fièvre jaune ont néanmoins leur signification; aussi devons-nous nous arrêter un instant sur la fonction intestinale. Pendant la première période, il y a très-généralement un peu de constipation.

Mais cependant il ne faut pas oublier que, dans quelques cas qui se montrent sous forme de bouffées à certains moments d'une épidémie, le début est au contraire signalé par de la diarrhée.

Au moment de la rémission, le malade vient spontanément à la selle dans les cas légers, et bientôt ne présentera rien de particulier de ce côté. Dans les atteintes graves, au contraire, il y a en général un peu de diarrhée. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit persister la constipation qui peut, dans de rares cas, être très-marquée, rebelle même aux purgatifs, ce qui est l'indice d'une inertie, presque d'une paralysie momentanée des intestins.

Assez fréquemment, il y a pendant la seconde période un peu de diarrhée; l'intestin paraît être le siége d'un état catarrhal aigu, et les selles d'abord muqueuses arrivent à contenir

les éléments que l'on a observés déjà dans le vomissement noir.

Le mécanisme de ces selles mélanhémiques est facile à comprendre. En effet, c'est tantôt le transport mécanique du liquide épanché dans l'estomac, tantôt c'est un produit de sécrétion du duodénum, de l'iléon ou du gros intestin.

Les selles de la seconde période contiennent parfois du sang pur, véritable hémorrhagie intestinale qui est, on le comprend, du plus fâcheux augure.

Pendant toute la durée de la maladie, les selles sont alcalines ; leur examen microscopique révèle à la seconde période, c'est-à-dire alors qu'elles sont comme on dit muqueuses, une infinité de plaques d'épithélium altérées et granuleuses, indice du catarrhe intestinal. Nous avons dit que souvent à cette période elles contiennent du sang ; nous n'avons pas besoin d'y revenir.

Ajoutons, pour en finir, que pendant la convalescence, les selles deviennent grises, brunâtres comme une boue fine. Les Anglais les appellent les selles *sablonneuses*.

M. Cunisset a fait quelques recherches touchant les selles de la fièvre jaune, il en a pu déduire qu'elles ne contiennent pas de carbonate d'ammoniaque ni de stercorine ; qu'elles sont parfois privées absolument de sels et de pigments biliaires et qu'elles n'en ont jamais un excès ni même la proportion normale.

Urines.

Les urines de la fièvre jaune ont été, depuis un certain nombre d'années, l'objet de recherches attentionnées qui ont donné à ce liquide excrémentitiel une importance du premier ordre dans la symptomatologie de l'affection. En effet, pendant la première période et dans les atteintes légères, on voit déjà des phénomènes spéciaux bien capables de donner à la maladie une place particulière dans le cadre nosologique, a fortiori, soit dans la seconde période, soit même dans la première des atteintes sévères, ces phénomènes sont encore plus marqués.

Nous avons à étudier successivement la quantité, l'aspect physique, la composition chimique de l'urine dans le typhus amaril, et nous dirons que, toutes choses égales, d'ailleurs, il faut tenir compte ici, comme dans toutes les maladies, de l'état de la peau et de la quantité des boissons ingérées, tant pour la quantité que pour la composition de ce liquide excrémentitiel.

Mais ajoutons aussi que, ces réserves étant faites, il y a certains caractères bien réellement communs à tous les cas.

Quantité. — Les urines sont généralement moins abondantes dans la fièvre jaune qu'à l'état normal, dit M. Cunisset, pharmacien de la marine, dans une très-bonne étude sur la maladie (archives de médecine navale de mars et d'avril 1878). — Cette assertion est parfaitement vérifiée par de nombreuses observations. On a dit que cette diminution est assez exactement en rapport avec l'intensité de l'atteinte; mais, en revanche, on a vu nombre de cas graves dans lesquels la quantité d'urine n'avait pas été diminuée; de sorte qu'il faut s'arrêter seulement à cette proposition : La diminution dans la quantité d'urines est toujours un indice de gravité ; mais cependant cette diminution ne s'observe pas dans tous les cas graves.

Il arrive parfois que les urines sont très-diminuées, supprimées même momentanément dès la première période. Le mécanisme de ce phénomène est facile à comprendre. En effet, pendant les premiers temps de la maladie, le rein est le siége d'une hypérhémie qui peut arrêter net la sécrétion ; mais il est à remarquer que, dans ce cas, l'absence d'urine n'est qu'une particularité toute momentanée ; quoi qu'il en soit, elle réclame une médication empressée et énergique, les purgatifs salins, les ventouses scarrifiées sur les lombes, les diurétiques, car il ne faut pas oublier qu'à toute époque de la maladie la rétention des principes de l'urine dans le sang présente de grands dangers.

C'est en général dans la seconde période de la fièvre jaune que la diminution dans la sécrétion urinaire est la plus marquée, et cette diminution peut aller jusqu'à l'anurie absolue. — N'oublions pas de rappeler qu'il faut distinguer quand la sécrétion urinaire fait défaut, les cas d'anurie véritable, c'est-à-dire d'arrêt de la sécrétion rénale, des cas où la vessie se laisse distendre mécaniquement par défaut de contractilité. On comprend facilement que, dans les premiers, le danger est infiniment plus grand que dans les seconds.

La diminution des urines ou leur augmentation peuvent renseigner très-bien sur la marche de la maladie vers l'aggravation ou vers l'amélioration, quand l'organisme fait quelques efforts réactionnels utiles, on voit les urines augmenter de quantité, réapparaître même si elles avaient cessé de couler, et leur aspect physique comme leur composition indiquent alors le mieux qui se produit.

L'anurie coïncide en général avec des accidents d'adynamie

très-graves ; de nombreux observateurs ont dit, et souvent avec raison, que lorsqu'elle dure pendant plus de vingt-quatre heures, elle est un signe absolu de terminaison funeste ; même au cas où rien ne ferait encore prévoir des accidents.

Densité.— M. Cunisset, qui a cherché à déterminer la densité des urines dans la fièvre jaune, a trouvé qu'elle varie entre 1008 et 1,022. Ce qui indique que cette densité n'a aucune signification dans l'état actuel de nos connaissances ; mais cependant nous trouvons dans les travaux des autres observateurs, des résultats tout à fait différents en effet. Les médecins brésiliens ont indiqué que la densité de l'urine de la fièvre jaune doit être observée avec soin dans le courant de la maladie, car nombre de praticiens de ce pays ont dit avec raison que les individus ne peuvent être considérés comme convalescents, que lorsque leur urine ayant augmenté peu à peu de densité, depuis le chiffre normal 1,015, jusqu'à plus de 2,000, descend peu à peu et arrive dans les environs de 1,030 à 1,040.

Les médecins brésiliens, cités par notre savant ami M. le Dr Rey, disent que, quels que soient la forme et le degré de la fièvre jaune, il y a une augmentation de densité. — Le docteur Gama-Lobo, a trouvé par 51 observations fournies par 13 malades qui ont guéri, une densité moyenne de 1,98 ; — tandis que par 14 observations fournies par 5 malades, qui sont morts, il a obtenu une densité moyenne de 2.135. — En résumé, il avance que la densité de l'urine normale étant de 1,005 à 1,030 ; — celle de l'urine amarile est en moyenne de 2,057. — Le chiffre 2,00 de densité n'est pas atteint ou atteint à peine dans les cas légers, il est dépassé dans les cas graves.

L'examen de la densité des urines a été considéré par les médecins brésiliens comme un bon pronostic dans la fièvre jaune, en effet, la densité normale étant de 1,012 — (1005 à 1030) — elle est dans la fièvre jaune légère de 2,00 au maximum, — et plus élevé dans la fièvre jaune grave.

La densité de l'urine est surtout augmentée dans la fièvre jaune par la présence de l'albumine. Nous avons donc besoin de parler de ce corps protéique dont, avons-nous dit, la présence est un des faits considérables dans la fièvre jaune.

Réactions aux papiers de Tournesol. — L'urine de la fièvre jaune est toujours acide dans la première période de la maladie, et presque toujours dans la seconde ; dans cette dernière cependant, on la voit quelques très-rares fois être neutre, et même alcaline pendant assez longtemps. Ce n'est guère qu'à la con-

valescence que cette neutralité et cette alcalinité se présentent d'une manière assurée et persistante. Il faut remarquer, comme le fait très-bien observer M. Cunisset, que dans les pays chauds, la décomposition est assez rapide pour qu'il soit nécessaire d'examiner l'urine très-récente, si on veut avoir des données précises sur son état d'acidité réel.

Couleur et transparence — Dans la première période, les urines sont limpides, très-généralement un peu hautes en couleur, jaunes ou légèrement rougeâtres, elles ont la couleur dite *fébrile*, en un mot. Les couleurs anormales, vineuse, brunâtre (Madère, Malaga, Porto), pour nous servir de termes consacrés, ne se présententent que dans les rares cas où une autre maladie, le paludisme en particulier, complique la situation. Les urines sont chaudes et donnent une sensation d'ardeur dans le canal de l'urèthre au début. Tantôt dès l'invasion, tantôt un peu plus tard, l'analyse chimique décèle de l'albumine, ainsi que nous le verrons tantôt, mais nous devons consigner avant, qu'au moment de la rémission, les urines qui avaient été assez rares pendant la période fébrile coulent avec plus de facilité dans les cas légers. — On a même vu dans certaines atteintes bénignes cette rémission être signalée par une véritable crise d'urination.

Lors de la rémission, la coloration de l'urine s'éclaircit un peu, et dans les cas légers, elle ne présente bientôt plus aucun caractère particulier ; mais dans les cas graves, elle diminue d'abondance, tend à se troubler, devient boueuse dans nombre de cas et même finit par ne plus être émise pendant un, deux, trois, cinq jours même avant la mort. Ces derniers chiffres sont très-exceptionnels et nous pouvons considérer la limite de 12 heures à 40, comme le temps ordinaire de l'anurie.

Nous avons dit tantôt que, dans la seconde période, les urines diminuent de quantité et, après s'être éclaircies au moment de la rémission, deviennent épaisses et troubles. — Nous devons nous demander si elles prennent quelquefois la coloration brune ou noire. Cette question a une importance plus grande que ce qu'on pourrait croire de prime abord; en effet, il y a des atteintes graves de paludisme dans lesquelles on constate a mélanurie et alors, les uns ont dit, se basant là-dessus, que la fièvre jaune n'est qu'une variété de ces fièvres, ou bien que ces fièvres à urines noires ne sont qu'une variété de fièvre jaune. — D'autres ont prétendu que l'aspect noirâtre des uri-

nes suffisait pour éliminer du diagnostic l'idée de la fièvre jaune. Je crois que la vérité peut se trouver dans des conclusions moins affirmatives, et moins extrêmes que ces opinions absolues, — car, s'il est incontestable que, dans la seconde période de la fièvre jaune, l'urine ne ressemble pas dans les cas ordinaires à l'urine mélanurique, il ne faut pas oublier que les hémorrhagies provenant du rein, de la vessie ou de l'urèthre, se sont montrées maintes fois, et quand il y a hématurie, on comprend que le sang peut être pur ou bien mélangé à l'urine, de telle sorte que, tantôt il sortira de l'urèthre un liquide ayant tous les caractères du sang pur, tantôt au contraire ceux de la véritable urine noire, dans tous les cas bien différente de celle de la fièvre dite bilieuse mélanurique.

Dans la seconde période, l'urine est en général acide, à moins qu'elle ne contienne une grande quantité de bile. On trouve dans son sédiment des tubuli rénaux devenus opaques par le fait d'une altération des cellules épithéliales ; mais nous pouvons ne pas insister longuement sur ce point.

Action de l'acide azotique. — Un médecin de la marine, M. Vidaillet, a inséré dans les *Archives de médecine navale*, une étude intéressante sur l'aspect de l'urine de la fièvre jaune traitée par l'acide azotique. Voici la substance de ce travail.

Douze ou vingt-quatre heures après l'invasion de la maladie, dit-il, on verse dans un verre contenant 150 grammes d'urine, quelques gouttes d'acide nitrique ; il se forme, en quelques secondes une zone blanchâtre, albuminoïde, divisant le liquide en deux parties. Celle du dessus est constituée par l'urine dont la nuance n'a pas changé, celle du dessous a pris une teinte rougeâtre et enfin la partie tout à fait inférieure a pris une teinte couleur curaçao ou jaune-orangé.

Cette zone blanchâtre opaline que M. Vidaillet appelle l'anneau prémonitoire, est pour lui l'élément de diagnostic le moins douteux du début de la fièvre jaune. Notons ce fait en passant et faisons remarquer qu'il dit ne l'avoir jamais trouvé ni dans la fièvre rémittente bilieuse, ni dans la fièvre intermittente paludéenne.

La zone précitée varie d'épaisseur, elle est soluble, dit-il, dans un excès d'acide, ou plutôt prend une teinte brun-verdâtre de bas en haut, probablement d'après lui par la combustion de la substance altérée et transformée par l'oxygène du réactif. A mesure qu'elle disparaît, l'urine devient effervescente, et M. Vidaillet fait remarquer que cette effervescence est encore

un caractère très-important, car elle n'a lieu qu'au début ou à la période de déclin, quand l'affection doit avoir une terminaison heureuse.

Notre camarade ajoute dans son travail, qu'après avoir examiné une quantité très-considérable d'urines, il est arrivé à pouvoir dire que, lorsque l'anneau n'existe pas, il n'y a pas de fièvre jaune.

M. Vidaillet a noté que, dans la fièvre jaune, l'albumine apparaît douze heures après l'anneau précité. elle est d'abord flottante, opaline, et presque transparente comme un nuage, puis se précipite au fond du verre comme un flot de pus.

Lorsque la maladie doit se terminer heureusement, elle repasse par les modifications inverses avant de disparaître entièrement, de telle sorte qu'à un moment donné, l'anneau dont nous parlions reparaît, que l'effervescence se montre de nouveau et que la matière colorante de la bile se retrouve dans l'urine. Ajoutons que tous ces phénomènes se présentent pendant que le pouls tombe au-dessous de 60.

Albumine. — Un des faits les plus intéressants dans l'histoire de la fièvre jaune, est la présence de l'albumine dans les urines à diverses époques de son évolution. Je n'ai pas à faire ici l'historique de la découverte de ce corps dans la maladie ; elle revient tout entière aux médecins de la marine française ; les noms de Walther, Ballot, Chapuis et Dutrouleau doivent être cités en première ligne parmi eux.

Nous devons établir tout d'abord que de très-nombreuses observations nous permettent aujourd'hui de poser cette première conclusion : la présence de l'albumine dans les urines est un phénomène pathognomonique, c'est-à-dire constant dans la fièvre jaune, et bien que son apparition ou sa disparition aient donné lieu à des affirmations diverses, il n'en est pas moins vrai que son existence peut être considérée comme indiscutable.

La première question qui se pose à l'esprit à ce sujet est de savoir à quelle époque se montre cette albumine dans l'urine. Or nous dirons que Ballot, qui a examiné 300 malades sous ce rapport, a formulé les conclusions suivantes :

1° Pendant la première période, l'urine est plus ou moins rouge, mais ne donne pas de précipité d'albumine par l'acide azotique ;

2° Au commencement de la seconde période, l'urine est rouge, plus épaisse, elle devient plus rare du troisième au cin-

quième jour, moment où même la sécrétion semble s'arrêter parfois;

3° Traitée alors par l'acide azotique, elle donne un précipité caillebotté, d'autant plus abondant que l'atteinte est plus grave. Ce précipité augmente à mesure que la maladie s'aggrave, et diminue dans la condition contraire;

4° L'apparition de l'albumine est le signe du début de la seconde période.

Ballot dit n'avoir jamais constaté l'apparition de l'albumine dans l'urine avant le moment de la rémission, c'est-à-dire du troisième au quatrième jour après l'invasion, et alors que la décoloration de la face et l'abaissement du pouls se manifestent; mais les médecins brésiliens, cités par M. Rey, pensent que, dès le second jour, elle commence à se montrer en petite quantité.

Donnet, dans l'épidémie de la Jamaïque, voulant apporter plus de précision encore dans la détermination de cette question, a examiné 61 malades qui lui ont fourni les proportions suivantes :

Le premier jour, 2 fois; le deuxième jour, 11 fois; le troisième jour, 19 fois; le quatrième jour, 14 fois; le cinquième jour, 6 fois; le sixième jour, 4 fois; le septième jour, 4 fois; le huitième jour, 1 fois. — Total, 61 fois.

D'autre part, il est incontestable que l'albumine a été trouvée dans les urines de quelques rares malades dès les premières heures de l'invasion ; de sorte qu'on est en droit de se demander où est la réalité bien exacte en tout ceci. Or je ne puis apporter dans le débat l'appoint d'une grande expérience personnelle, après le dire de tant d'hommes éminents, mais cependant si je me base sur les observations nombreuses de fièvre inflammatoire que j'ai recueillies, observations qui, comme on a pu le voir, représentent de la manière la plus positive, le premier et le second degré de la vraie fièvre jaune, je dirai que, lorsque l'atteinte de typhus amaril n'est pas intense, je crois que l'albumine ne paraît, en effet, comme Ballot, Valther et tant d'autres l'ont constaté, qu'au moment de la rémission, tandis qu'au contraire, dans les cas les plus graves, l'albumine se montre de meilleure heure.

La précocité d'apparition de l'albumine dans l'urine serait donc un signe pronostique fâcheux; mais cette hypothèse a besoin de vérification, et de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'albumine se présente tout d'abord en faible

quantité et augmente avec la fièvre, diminuant ensuite graduellement pendant la convalescence, tandis qu'elle reste dans les mêmes proportions élevées quand la marche doit aboutir à une issue funeste. Ajoutons que chez tous les individus qui ont succombé, on peut constater la présence de l'albumine dans la vessie quand elle contient un peu de liquide urinaire.

M. Cunisset, dans un travail dont je fais volontiers un éloge, qu'il me paraît mériter, s'est occupé avec un grand soin de la présence de l'albumine dans les urines, et il a fait remarquer que la recherche doit être faite avec un certain soin et par des procédés spéciaux si on veut arriver à des résultats précis. Et en effet, dit-il, si le moyen employé habituellement, c'est-à-dire l'acide azotique, peut renseigner très-bien quand la quantité de l'albumine est considérable, il peut très-bien induire en erreur quand la proportion est faible, car d'une part la décomposition des urates peut faire croire à la présence de l'albumine quand il n'y en a réellement pas, et d'autre part, la transformation en acide xanthoprotéique dont la couleur jaune se confond avec celle de l'urine peut faire croire à son absence quand il y en a cependant.

En conséquence, M. Cunisset préfère l'emploi de la chaleur, combiné avec celui de l'acide acétique et, pour doser la substance d'une manière suffisamment rapide, il a adopté l'échelle de réaction suivante : *A.* Alcool. — *B.* Citrate de fer ammoniacal. — *C.* L'acide azotique ordinaire. — *D.* La chaleur et l'acide acétique. — (L'alcool est le réactif le moins sensible.)

Avec cette échelle de réaction, M. Cunisset est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans la pluralité des cas, au début de la maladie, les urines ne précipitent ni par l'alcool, ni par le citrate de fer ammoniacal. Quelquefois, elles donnent lieu à un trouble léger par la chaleur et l'acide acétique, de sorte que l'albumine n'existe pas ou existe seulement à l'état de traces seulement, ou peu après l'invasion de la fièvre jaune.

2° L'albumine va en augmentant progressivement à mesure que la maladie marche et surtout qu'elle devient plus sévère.

3° Dans quelques rares cas, la fièvre jaune la plus sévère, allant jusqu'à la mort, a pu évoluer sans que les urines, d'ailleurs abondantes, aient jamais contenu de l'albumine.

La réapparition de l'albumine annonce une rechute, dit le docteur Cornillac (*loc. cit.*, p. 506), dont la gravité sera en rapport avec l'abondance du précipité que l'on constate.

On comprend, qu'il y a là une indication précieuse de sorte qu'en défintive, on peut dire que dans le cours de la fièvre jaune, il faut examiner journellement et jusqu'à la guérison, le liquide uro-poiétique avec attention.

Lorsque la convalescence est solidement affirmée, l'albumine disparaît entièrement.

Sang. — A l'exception des cas très-rares, où le paludisme existait à l'état intense déjà, et où l'invasion de la fièvre jaune a été l'occasion d'un raptus hématurique, on peut dire que l'on ne trouve pas de sang dans les urines de la première période du typhus amaril. Dans la seconde période on a vu quelques rares fois, une hémorrhagie rénale, vésicale ou uréthrale, venir ou ajouter au liquide uro-poiétique. Mais non-seulement c'est l'exception, mais encore c'est un caractère qui n'a rien de spécial et qui par conséquent peut être négligé par nous en ce moment.

Urée. — M. Cunisset qui, dans l'épidémie de la Guyane en 1877, a étudié avec soin les variations de l'urée dans la fièvre jaune, en a tiré les conclusions suivantes :

1° La quantité d'urée éliminée est toujours plus faible qu'à l'état normal ; elle est d'autant plus faible que l'atteinte est plus grave.

2° La quantité d'urée varie en général assez bien avec la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures, de sorte que, moins le malade sécrète d'urine, moins cette urine contient d'urée.

3° Dans quelques cas, la gravité de la maladie n'est pas en relation avec la diminution de l'urée, de sorte que les malades ont pu mourir sans que leur urine renfermât moins d'urée qu'à l'état normal, de même que la mort a pu survenir sans qu'on rencontrât l'albumine dans les urines, avons-nous vu précédemment.

Pigments et sels biliaires. — Dans les premiers temps de la maladie, on ne trouve pas de bile dans les urines ; c'est seulement dans la seconde période qu'on en rencontre, et alors même on peut considérer ce phénomène, comme favorable pour le pronostic, au dire de M. Cunisset. Il n'est pas rare que ces pigments et sels biliaires apparaissent en plus grande quantité pendant la convalescence, particularité qui est en rapport avec l'ictère observée dans les mêmes conditions chez nombre d'individus touchés par le typhus amaril.

Hémorrhagies

Les hémorrhagies constituent, à vrai dire, une phase de a fièvre jaune, car à un certain moment de son évolution, elles se présentent avec une régularité très-remarquable, dans un grand nombre de cas ; aussi comprend-on facilement qu'il faut s'arrêter assez longuement sur leur compte dans un travail comme celui-ci.

Donc nous dirons, sans crainte de contradiction, que les hémorrhagies sont très-fréquentes dans la fièvre jaune, mais il faut reconnaître qu'elles présentent des variations de nombre, de siége, d'intensité, et même de fréquence, d'une épidémie à l'autre, et cela d'une manière frappante. Câtel, Amic, Dutrouleau, etc., etc., l'ont indiqué et M. Langellier appelait en 1869 l'attention sur leur rareté dans l'épidémie de Saint-Pierre.

Toute hémorrhagie peut devenir mortelle dans la seconde période de la fièvre jaune. Voilà un premier point qu'il faut avoir présent à l'esprit, et bien que nombre d'observateurs aient dit qu'une hémorrhagie abondante, arrivant en temps opportun, peut constituer une crise favorable dans la fièvre jaune, il est plus sage de considérer la perte de sang comme une condition fâcheuse, d'autant que les hémorrhagies du typhus amaril, proviennent certainement d'une des deux causes suivantes, sinon des deux : *A*. Perte d'une grande quantité d'albumine, qui a enlevé au sang sa plasticité. *B*. Atteinte morbide du foie qui gêne la circulation porte. On pressent par cette énumération seule tout le danger couru pour le malheureux.

Nous avons dit qu'il n'est pas rare de voir dans chaque épidémie une sorte de lieu d'élection pour les hémorrhagies. C'est ainsi que, dans une, les épistaxis sont très-rares, dans une autre, presque tous les malades les présentent et ce qui est dit là pour le nez, peut être dit pour maintes autres régions. Mais n'oublions pas d'ajouter que, très-généralement, la perte de sang ne se fait pas par un seul point.

Les lèvres, les gencives, la muqueuse labiale, le pharynx sont ordinairement le siége d'hémorrhagies dans la fièvre jaune. Peut-être qu'avec celles de la langue et de l'estomac, elles sont les plus fréquentes.

Non-seulement les hémorrhagies de la langue sont très-fréquentes ; mais encore elles peuvent fournir beaucoup de sang, car Câtel, dans son rapport du troisième trimestre de 1841,

dit avoir vu des malades perdre jusqu'à trois litres de sang de cette manière.

Les hémorrhagies de la langue ne se font pas en général par des fissures qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'organe, mais par la surface papillaire elle-même, surface qui se dépouille de telle sorte que chaque papille devient la source d'une exsudation de sang.

On ne peut rien dire d'une manière générale sur le pronostic des hémorrhagies de la langue, car tantôt elles ont paru entraîner des accidents; tantôt au contraire, elles ont semblé être un phénomène favorable (Câtel, rapport du troisième trimestre 1841), même au cas où le sujet avait perdu trois litres de sang par cette voie.

Les saignements de nez sont très-fréquents aussi dans la période ultime de la fièvre jaune et varient de quelques gouttes à des quantités vraiment considérables. Maints observateurs ont pensé que cette variété d'hémorrhagie est la plus fréquente. Pas plus que pour l'hémorrhagie de la langue, on ne peut se baser sur elle pour le pronostic.

Mille autres points peuvent fournir du sang dans la période ultime de la maladie. Nous avons parlé de celles de l'estomac, de celles de l'intestin accompagnées ou non d'anxiété, de gêne, de douleurs prémonitoires.

Les hémorrhagies utérines sont fréquentes dans la fièvre jaune et ne paraissent apporter ancune modification bien évidente à la situation, car tantôt elles ont paru avoir une influence favorable à quelques observateurs; d'autres fois, l'opinion contraire a semblé justifiée.

Les hémorrhagies vésicales et uréthrales sont observées quelquefois. Le gland, la face muqueuse du prépuce ont été le siége d'écoulement sanguin.

Quelquefois, mais assez rarement cependant, on a noté des hémorrhagies oculo-palpébrales (Câtel, 1838), auriculaires (Cornillac, loc cit, p. 550).

Le sang transsudant par toutes les parties de la peau où l'épiderme est enlevé, il n'est pas étonnant qu'on observe souvent des hémorrhagies scrotales. Il faut voir dans cette dernière hémorrhagie signalée par les observateurs les plus divers, la preuve de la fréquence de l'érythème scrotal signalé seulement depuis peu d'années et qui cependant a dû exister toujours dans la fièvre jaune.

Les piqûres de sangsues provoquent souvent des hémorrha-

gies d'autant plus difficiles à arrêter que les vaisseaux capillaires intéressés sont plus volumineux. Les surfaces, des vésicatoires, les plaies de position, les vieux ulcères, des cicatrices même ont été dans ce cas.

Dans certains cas, au lieu de se faire jour à l'extérieur, les hémorrhagies se produisent dans la continuité du tissu, c'est ainsi que des hémorrhagies interstitielles parfois très-abondantes déforment les membres ou le tronc et provoquent des phlegmons diffus pour peu que la mort tarde à survenir. Ces hémorrhagies sont souvent signalées par une sensation d'engourdissement, de fourmillement, par des douleurs ; mais souvent aussi elles se produisent sans aucun phénomène prémonitoire.

On a constaté parfois dans la seconde période l'existence de pétéchies que nous devons rapprocher des hémorrhagies, car elles ont la même signification. Ajoutons pour mémoire qu'au dire de maints observateurs, il y a souvent coïncidence entre ces pétéchies et l'hémorrhagie intestinale.

M. Langellier-Bellevue, dans son rapport de l'épidémie de 1869, a fourni les chiffres suivants touchant les hémorrhagies :

23	hémorrhagies buccales				
12	—	—	et nasales	sans vomissements noirs.	38
3	—	anales	—		
13	—	buccales	—	avec vomissements noirs.	13
32	pas d'hémorrhagie				32
83					83

Le docteur Torres-Homen, cité par Rey, a noté la fréquence des diverses hémorrhagies dans 214 cas et est arrivé aux résultats suivants :

Par l'estomac (vomissement noir)	111,	soit 52	p. 100.
bouche (stomatorrhagie)	22,	— 15,5	—
nez (épistaxis)	31,	— 14,5	—
intestin (entérorrhagie)	15,	— 7	—
sous épidermique (pétéchies)	15,	— 15,	—
par diverses solutions de continuité de téguments	9,	— 4	—
	214		

Les individus qui présentent des hémorrhagies de longue durée ont souvent du délire : d'ailleurs leur état est d'une grande gravité pour peu que l'écoulement de sang soit abondant et

persiste. Enfin, terminons ce qui a trait aux écoulements sanguins en disant que le sang exhalé a paru contenir à quelques observateurs de l'eau, du carbonate d'ammoniaque en excès, indices qui les ont portés à penser que l'urémie devait être grandement incriminée dans les accidents de la fièvre jaune. Mais nous avons noté que M. Cunisset a combattu victorieusement l'idée de l'urémie.

On a vu souvent des ophthalmies conjonctivite, kératite, et même des accidents de phlegmon de l'œil survenir à la suite des hémorrhagies oculaires. Ces phénomènes n'ont rien qui puisse nous étonner après tout ce que nous venons de dire jusqu'ici.

L'altération du sang est évidente et le trouble de la circulation est profond, c'est incontestable; aussi ne sommes-nous pas étonné d'apprendre que maintes fois on a signalé des accidents dus évidemment à des embolies. A l'époque où les saignées étaient souvent pratiquées, on observait de nombreuses phlébites. La congestion pulmonaire survenant au moment où la convalescence semblait prête à s'établir, n'est pas due à une autre cause. Même chose à dire pour les escharres du sacrum qui se montrent si facilement dans la seconde période, sont parfois très-difficiles à guérir pendant la convalescence, et nous rapprochons de tout cela la facilité avec laquelle les vésicatoires s'ulcèrent pendant la seconde période, ce qui prépare parfois de véritables difficultés pour la convalescence.

Le sang a été l'objet de quelques recherches chimiques et micrographiques dans la fièvre jaune ; on n'a pas eu de peine à reconnaître qu'il était profondément altéré ; c'est ainsi, par exemple, qu'au lieu de se présenter sous forme d'un liquide transparent jaune verdâtre, le sérum reste fortement coloré en rouge quand le caillot est formé. M. Cunisset a déduit de ses expériences :

1° Que le sérum contient une beaucoup plus grande quantité de sérine et de globuline qu'à l'état physiologique, indice d'un puissant travail de déglobulisation ;

2° Que la fibrine était notablement diminuée de quantité dans le caillot ;

3° Que le sang ne contient pas de pigments ni de sels biliaires au début de la maladie ; qu'il n'en contient qu'exceptionnelle-

ment après la mort, et, dans tous les cas, en proportions extrêmement faibles ;

4° Qu'il contient moins d'eau qu'à l'état physiologique, et ne contient pas de carbonate d'ammoniaque.

Ces résultats sont très-importants, car ils ne permettent plus de partager l'opinion émise par plusieurs observateurs, que la fièvre jaune était le résultat d'un empoisonnement, soit par l'urine, soit par la bile.

Phénomènes insolites ou mal appréciés encore.

Nous rangerons dans cette catégorie certaines particularités signalées plus rarement que celles dont nous avons parlé précédemment, et nous dirons, par exemple, que plusieurs observateurs ont noté les battements du tronc cœliaque appréciables au toucher et même à l'œil nu au début de la fièvre jaune. On ne sait pas encore ce qu'il faut en penser au point de vue du pronostic.

Dans toutes les grandes épidémies on a noté des faits extraordinaires se rattachant à la peur. Nous pouvons ajouter à cet égard que les individus qui, au début ou pendant la maladie, ont l'air terrifié sont des victimes dévouées en général à une mort certaine.

Enfin nous dirons qu'on a signalé chez les individus acclimatés, au moment des fortes bouffées épidémiques, et chez les Européens qui n'ont pas été atteints, dans les moments où l'épidémie diminue, divers accidents qu'on à considérés comme l'indice d'une atteinte de l'empoisonnement amaril survenue chez un organisme réfractaire à la maladie, et qui sont tantôt des bourbouilles, des furoncles, des rhumatismes, des diarrhées, des otorrhées, des coryzzas, des conjonctivites. J'avoue que je ne suis guère convaincu par les faits que je connais dans cet ordre d'idées. Je suis au contraire porté à ne voir là que des coïncidences purement fortuites.

Le docteur Davidson cité par Bally (loc. cit. p. 255) a observé des bubons et des anthrax charbonneux dans l'épidémie de 1796 à la Martinique.

Sur 501 malades observés, le docteur Torres Homen cité par M. Rey a vu 15 fois une éruption de pétéchies (3 p. 0/0 environ) à une époque assez avancée de la seconde période de la fièvre jaune.

Nous arrêterons là l'analyse des divers phénomènes morbides de la fièvre jaune, elle est loin d'être complète comme, on voit, et réclame de nombreuses recherches avant qu'on puisse avoir la prétention de savoir quelque chose de précis, touchant les allures et l'évolution de la terrible maladie, qui est à juste titre l'effroi des Européens appelés à aller dans l'Amérique tropicale.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

—

Dans le chapitre deuxième, après avoir fait l'exposé historique des épidémies de fièvre jaune à la Martinique, nous sommes entré dans des détails qui appartiennent en propre à l'étiologie, de sorte que nous avons fait déjà une partie du travail qui incombe au présent chapitre. Nous allons le compléter.

Cette étiologie de la fièvre jaune est difficile à écrire ; en effet les causes les plus diverses, les plus disparates, les plus contradictoires même ont été accusées tour à tour, montrant plus la crédulité des intéressés que le mécanisme réel de la production des épidémies. En outre, la passion s'est mise un jour de la partie parce que cette étude de l'étiologie de la fièvre jaune touchait à des questions de principes médicaux, ainsi qu'à des intérêts commerciaux du premier ordre, de sorte que des affirmations en sens absolument contraire ont été émises maintes fois.

Après bien des dicussions ardentes, parfois acrimonieuses, bien des revirements dans l'opinion, on est arrivé sinon à s'entendre entièrement, au moins à admettre sans conteste une série de points de la question qui font espérer qu'un jour prochain la lumière pourra se faire sur les causes principales qui régissent la naissance et la propagation des épidémies.

A une époque où les médecins niaient de parti pris la transmission de la fièvre jaune d'homme à homme, ils s'ingéniaient à chercher l'influence que les agents extérieurs, troubles de l'atmosphère, vents, saisons, tremblements de terre, pays, végétation, topographie, etc., etc., peuvent exercer sur la production ou la propagation de la maladie. Plus tard on a soutenu qu'ils n'avaient ainsi fourni que des faits de détails, utiles sans doute à connaître, quoique cependant tous secondaires à côté du

grand fait de l'importation des germes morbides d'un pays dans un autre, et que, pour beaucoup de localités, la propagation par les individus, les vêtements, les marchandises et même peut-être parfois les animaux vivants, est la seule à mettre en cause. Je crois qu'on ne verrait qu'une partie de la réalité, si on ne s'occupait que de cette importation et de cette transmission dans l'histoire des épidémies de la Martinique et dans l'étude du développement de la maladie dans certains pays de la zône tropicale de l'Amérique. De sorte que le mieux est, à mon avis, de passer en revue successivement les divers éléments de la question, de les étudier sans parti pris pour tâcher d'arriver en fin de compte à déterminer la part d'influence qui leur revient.

Quand on énumère les diverses particularités de l'étiologie de la fièvre jaune, on s'aperçoit bientôt que les diverses conditions indiquées comme favorables ou incompatibles avec les épidémies, se groupent en séries assez bien délimitées. Ainsi il y a : A, celles qui sont étrangères à l'individu, appartenant à la géographie, à la climatologie, à la topographie, etc., etc. ; B, celles qui sont inhérentes aux sujets, comme les influences de la race, de l'âge, du sexe, des professions, etc., etc. Il y a donc là, une première coupure à établir; ne manquons pas d'en tenir compte.

A. — Conditions extérieures a l'individu.

Nous avons besoin d'étudier sous ce chef maintes influences, à savoir : celle de la position géographique, de la météorologie, de la chaleur, des pluies, des orages, du moment de l'année, des vents, des périodes d'immunité et d'épidémie, de la topographie, du paludisme. Nous y ajouterons même une catégorie d'influences diverses pour pouvoir les faire entrer toutes dans cette exposition. Nous aurons par la même occasion un mot à dire touchant les phénomènes précurseurs des épidémies.

Géographie.

On a beaucoup écrit et discuté sur la géographie de la fièvre jaune. Nous aurions à entrer, ici dans de longs développements si nous écrivions l'histoire générale de la maladie. Mais n'ayant pour objectif que les faits spéciaux à la Martinique, notre tâche est moins longue. Nous n'aurons qu'à dire que le pays est, ou bien dans la zone même de production, ou bien si proche

de cette zone, qu'il faut le considérer comme un de ceux qui sont les plus exposés aux épidémies du typhus amaril.

Nous soulevons là, du premier coup, une question que nous avons vainement essayé de résoudre dans le second chapitre, et, bien que personnellement je pense que la fièvre inflammatoire peut s'aggraver à la Martinique de plus en plus, suivant certaines conditions entièrement locales, jusqu'à constituer la véritable fièvre jaune, capable de devenir le germe d'une épidémie, je ne puis ici encore trancher la question dans un sens ou dans l'autre des deux propositions précitées.

Météorologie

La météorologie a paru à maints observateurs, avoir une influence notable sur l'apparition, la sévérité et la durée des épidémies de fièvre jaune ; aussi, faut-il en parler en détail dans le moment actuel. C'est pour cela que nous nous occuperons successivement de la chaleur, des pluies, des orages, des diverses saisons de l'année, des vents, etc., etc.

Influence de la chaleur.

La chaleur a été incriminée, tant pour la genèse que pour la continuation des épidémies et on avance par exemple cette affirmation, parfaitement juste du reste, que la fièvre jaune est plus fréquente et plus sévère de mai à novembre, c'est-à-dire pendant la période chaude de l'année pour prouver son innocuité. Mais déjà il faut reconnaître que, la chaleur telle que nous la fait comprendre le thermomètre, n'est pas à proprement parler la cause de la fièvre jaune, car comme le faisait très-bien observer Câtel, dans ses rapports si remarquables, le thermomètre monta à la Martinique en 1831, 1832, 1833, plus haut qu'il ne monta en 1838 et 1839, sans que la fièvre jaune se montrât. Nous savons d'autre part que pendant des épidémies bien observées, c'est-à-dire à Philadelphie, à Baltimore, à Livourne, à Gibraltar, des froids assez piquants même n'ont pas arrêté subitement la maladie, de sorte que la chaleur n'est pas la seule condition à invoquer. Qu'elle entre comme un appoint dans la collection de détails, qui sont favorables à l'éclosion ou à la continuation de la fièvre jaune, c'est absolument incontestable, mais que cette chaleur à elle seule ait une influence suffisante : Non. Donc si

le thermomètre est élevé pendant les épidémies, nous n'en inférerons pas que l'élévation du thermomètre suffise pour les faire éclore ou les perpétuer.

Influence des pluies.

Les pluies ont été considérées comme ayant une influence sur la production ou la continuation d'une épidémie de fièvre jaune; mais remarquons que les uns ont accusé la sécheresse prolongée, d'autres l'abondance des averses, quelques-uns l'alternance trop rapprochée ou trop éloignée des grains, de sorte que nous arrivons logiquement à cette conclusion : C'est que les pluies exercent une action si secondaire, qu'il est inutile de les considérer comme une des conditions capitales dans la genèse ou la continuation d'une épidémie.

Influence des orages.

Les orages, de leur côté, ont été mis en cause, mais ici encore nous trouvons des divergences d'opinion et si nous nous bornions à enregistrer sans discussion, et surtout sans explications, les affirmations émises à ce sujet par les hommes les plus compétents, nous dirions tour à tour les choses les plus opposées. C'est ainsi, par exemple, que Luzeau, dans son rapport d'octobre 1826, écrivait que c'est pendant les orages qu'on perd le plus de monde de la fièvre jaune; maints autres ont dit que le calme et l'absence d'orages sont favorables au développement des épidémies. Plusieurs médecins ont affirmé, au contraire, que les orages avaient pour conséquence d'améliorer la situation des hommes et de l'épidémie.

Au fond, toutes ces assertions qui paraissent absolument contraires de prime abord, se concilient très-bien; il suffit de s'entendre et voici l'explication que l'on peut considérer comme l'expression de la réalité : Le temps orageux, c'est-à-dire celui qui se passe pendant que les nuages s'accumulent et avant l'explosion du tonnerre et l'arrivée des averses qui en sont la terminaison, est manifestement fâcheux pour les malades. C'est dans ces moments qu'on voit le plus souvent leur état devenir plus mauvais, le vomissement noir, le délire se produire. Le temps orageux est pernicieux aussi, on le comprend, pour les individus atteints de la fièvre inflammatoire, qui s'aggravant ainsi peut arriver jusqu'au degré qui la fait appeler fièvre jaune

véritable. Logiquement encore on a pu dire que la persistance des temps orageux pendant un certain temps, avait pu assombrir la constitution médicale jusqu'à l'explosion de la fièvre jaune épidémique.

Donc on comprend très-bien que les observateurs aient dit avec raison, que le temps orageux ou bien que, le temps où les orages n'aboutissent pas, est favorable soit à l'explosion des épidémies de fièvre jaune, soit à leur perpétuation par le fait de l'aggravation des atteintes morbides. Notons que ce temps est toujours accompagné d'un calme de l'atmosphère pénible pour l'organisme humain.

Si les orages en préparation ont paru si fâcheux, en revanche, lorsqu'ils ont éclaté et qu'ils ont produit de fortes ondées et de violents courants atmosphériques, on croit qu'ils ont exercé une influence favorable sur les malades en particulier et sur la marche des épidémies en général. Ainsi il est incontestable que, de même qu'on voyait pendant la préparation de l'orage un nombre croissant d'individus bien portants jusque-là, être indisposés, tomber malades, de même qu'on voyait ceux qui étaient déjà couchés avoir des accidents sérieux, inquiétants, de même quand l'orage éclate, que la pluie tombe, que le vent souffle vivement, il y a chez tous une détente favorable visible souvent pour les moins attentionnés.

On comprend aussi par cette explication comment il se fait que les orages aient été considérés au contraire comme ayant en définitive produit de bons résultats. La conclusion de tout ceci est que l'orage est en somme un détail dans la question, quelque chose de plus puissant que lui doit être mis en cause; et, bien qu'il paraisse avoir une action incontestable sur la fièvre jaune, on comprend qu'il n'agit pas avec une importance étiologique du premier ordre.

Influence du moment de l'année.

A côté des causes précédentes on a incriminé certains moments de l'année pour la genèse, la sévérité ou la continuation des épidémies de fièvre jaune, et ici nous voyons les observateurs accuser unanimement l'hivernage. Câtel, qui s'est distingué au premier rang d'entre eux, a fait une peinture si imagée et si frappante de la mauvaise saison dans son rapport de 1840 que nous cédons au désir de la rapporter tout entière, comme l'a fait déjà M. Cornillac dans son excellent livre (loc. cit. p. 168). « Des pluies

torrentielles qui alternent avec la sécheresse et durent parfois des semaines entières, activent la végétation déjà luxuriante des climats chauds, gonflent les rivières, détrempent les marigots et les couches du sol constitué par de l'humus, de l'argile ou des terrains volcaniques ; les premières chaleurs favorisent la fermentation putride des débris organiques qui s'y trouvent et les émanations qui s'en exhalent rencontrent, dans la vapeur d'eau répandue dans l'air, un véhicule à l'aide duquel elles sont transportées de toutes parts. »

« A ces pluies succèdent des journées de calme où la nature morne et silencieuse semble immobile et recueillie, où nulle brise n'agite les feuilles, où la température devient de plus en plus élevée à mesure que le soleil gagne le zénith. Les émanations délétères épanouies par la chaleur et déplacées par les courants d'air sont moins denses et par conséquent moins actives; mais lorsque les pluies reprennent de nouveau ou bien que des nuages chargés d'électricité se forment, quelques détonations de la foudre se font entendre accompagnées d'une légère ondée dont la prompte évaporation ne fait que rendre la chaleur plus pesante et plus difficile à supporter, l'humidité de l'air augmente, le dégagement des effluves délétères s'active alors si les couches d'air sont comprimées par l'abaissement des nuages, ces émanations deviennent aussi plus denses et plus dangereuses. »

« A l'influence de ces causes sur l'organisme se joint encore l'action; de cette atmosphère brûlante chargée de vapeur d'eau et saturée d'électricité qui, tantôt raréfiée, tantôt condensée, est toujours insuffisante pour l'hématose ; de la chaleur qui sidère les forces de l'économie par les pertes qu'elle lui impose et par l'affaiblissement consécutif et l'excitation survenue dans laquelle elle le maintient constamment; enfin de l'humidité qui débilite les organes, détend leurs ressorts et leur enlève les forces nécessaires pour résister aux maladies. »

Non-seulement on a accusé l'hivernage, mais on a incriminé en particulier le mois d'octobre, disant que c'est le moment où les épidémies naissent de préférence; c'est qu'en effet le mois d'octobre est un des plus pénibles à passer à la Martinique, soit parce qu'il est plus chaud, soit parce que l'organisme déjà fatigué par la durée de la mauvaise saison est à bout de sa résistance.

Dans le chapitre second nous avons fourni des tableaux qui nous permettent de juger par les chiffres si l'assertion que nous venons de citer est exacte. En y jetant les yeux le lecteur verra

qu'en somme, pour ce qui est du nombre proportionnel des malades et des morts de fièvre jaune, il y a des restrictions à faire.

En effet, pour les entrées, en admettant que le chiffre normal soit de 100, c'est-à-dire que si tous les mois avaient le même nombre de malades, on vit ce chiffre 100 reproduit douze fois, nous trouvons pour octobre le chiffre 178; tandis qu'en septembre nous avions le chiffre 181.

Pour les morts, nous trouvons le chiffre 180 quand le mois de septembre avait 182.

Dans le chapitre troisième, nous avons fourni d'autres renseignements qu'il est inutile de reproduire ici, et auxquels nous renvoyons le lecteur.

En définitive, nous devons convenir que, si le mois d'octobre est un des plus chargés sous le rapport des entrées et des morts de fièvre jaune, il n'est en somme que le second; septembre est le premier, novembre et décembre viennent ensuite, mais avec des chiffres très-voisins.

Quant à ce qui est de cette assertion : le mois d'octobre est le moment où les épidémies débutent de préférence, le tableau suivant va nous édifier.

Années	Moment du début.	Moment de la fin.	Durée en mois de l'épidémie.	Observations.
1816	août	avril	32	début de l'épidémie.
1820	juillet	novembre	5	
1821	janvier	mars	24	
1825	juillet	décembre	6	début de la recrudescence épidémique.
1826	août	mars	8	
1827	juin	janvier	8	
1837	octobre	mars	6	fin de l'épidémie.
1838	octobre	décembre	27	début de l'épidémie.
1841	mai	mars	23	
1843	août	mars	8	
1844	juin	novembre	6	fin de l'épidémie.
1851	septembre	août	24	début de l'épidémie.
1854	janvier	avril	4	
1855	septembre	août	24	début de la recrudescence.
1869	janvier	décembre	12	début et fin de l'épidémie.

Ce tableau nous montre que les épidémies ont commencé trois fois en janvier, une fois en mai, deux fois en juin, deux fois en juillet, trois fois en août, deux fois en septembre et deux fois en octobre. On voit donc que c'est à tort qu'on considérerait

le mois d'octobre comme le plus fécond sous le rapport de la naissance des épidémies.

Ce tableau nous indique aussi le moment où finissent les épidémies, et nous voyons qu'en janvier cela est arrivé une fois, cinq fois en mars, deux fois en avril, deux fois en août, deux fois en novembre, trois fois en décembre.

Nous pouvons donc conclure ainsi, pour ce qui regarde le moment de l'année où la fièvre jaune est soit plus fréquente soit plus sévère :

L'hivernage est la plus mauvaise saison et les mois vont ainsi, février étant le moins chargé d'entrées.

La situation va en s'aggravant jusqu'en septembre, puis s'améliore jusqu'en janvier. Pour les morts c'est janvier qui est le moins chargé.

Pour le début des épidémies, janvier et août sont les plus chargés, trois fois chacun; juin, juillet, septembre, octobre viennent ensuite deux fois. — Mai après (une fois). — Février, mars, avril, novembre et décembre en ont été exempts.

Pour la fin des épidémies, mars est en première ligne (cinq fois), décembre ensuite (trois fois), enfin avril, août et novembre (deux fois chacun).

Influence des vents de la partie du Sud.

Nous arrivons à une influence incriminée par beaucoup d'observateurs depuis le siècle dernier, et à laquelle pour notre part nous attachons après Pouppé-Desportes, Poissonnier-Desperières, Lefort, Luzeau, Câtel et bien d'autres la plus grande importance ; nous voulons parler du rôle des vents de la partie du Sud dans la production de la fièvre jaune.

Précédemment nous nous sommes étendu assez longuement là-dessus pour que le lecteur soit déjà bien renseigné, ce que nous disons ici ne sera donc que le complément de ce que nous avons exposé dans le chapitre deuxième.

Dans les rapports de Lefort et de Luzeau, on trouve déjà l'idée bien clairement exprimée, mais c'est Câtel qui l'a développée avec le plus d'insistance ou effet.

Câtel écrivait dans son rapport du 1er trimestre 1845 :

« Si la constitution atmosphérique actuelle se maintenait toujours dans les mêmes conditions, la fièvre jaune n'apparaîtrait pas. C'est ce qui a lieu du-

rant les huit ou dix années pendant lesquelles on ne note aucun cas de cette maladie. Il faut reconnaître que les vents ne soufflent pas toujours régulièrement de la même partie, qu'il existe des séries d'années pendant lesquelles les vents dépendant du sud dominent, c'est le règne de la fièvre jaune. Tandis qu'il existe au contraire d'autres séries d'années pendant lesquelles les vents de l'autre partie du compas dominant, et alors il n'y a pas de fièvre jaune. Cette chose nous paraît claire comme le jour, elle a frappé tous les observateurs qui ont bien voulu s'occuper de cet objet et tous ont constaté la funeste propriété qu'ont ces vents de sud de produire la fièvre jaune. Notre seul mérite au milieu de tout cela, est d'avoir seulement présenté des tableaux qui mettent en évidence un fait connu avant nous, mais qui intéresse assez la vie des hommes pour que nous ayons dû nous en occuper sérieusement, espérons qu'avec le temps et de nouvelles observations, on parviendra à faire disparaître le doute qui existe encore au grand préjudice de nos garnisons.

A la fin de l'année d'après, Câtel revenait encore sur ce sujet et, comme on va le voir, prophétisait cinq ans à l'avance l'arrivée de l'épidémie qui a sévi avec tant d'intensité de 1851 à 1858.

« La fièvre jaune étant positivement l'effet des vents dépendant du sud, il serait difficile pour ne pas dire impossible, de prédire longtemps à l'avance la réapparition de ce fléau attendu que les observations météorologiques et médicales ne remontent pas assez haut à la Martinique, pour qu'on puisse affirmer quelque chose à cet égard. Toutefois, il y a de grandes probabilités en faveur du retour périodique des vents dominants de l'E. à l'O. par le sud et communiquant des épidémies de fièvre jaune puisque l'effet est toujours lié à sa cause. Mais ce que nous savons pertinemment, c'est qu'il n'y a eu aucun cas de typhus ictérode de noté à la Martinique de 1828 à 1838 et que cette maladie a reparu en octobre 1838 à Saint-Pierre, après dix années d'absence pour disparaître de nouveau en novembre 1844, après sept années de ravages.

« On serait porté à admettre d'après les considérations qui précèdent, qu'il existe réellement des séries d'années pendant lesquelles les vents dépendant du sud dominent sur ceux dépendant du nord et *vice versa*, ce qui établit des périodes d'épidémie et de non épidémie. S'il en était ainsi, la fièvre jaune ne devra reparaître à la Martinique que l'an 1851 (Câtel rapport du 4e trimestre 1846). »

Câtel croyait tellement à l'action nocive des vents du Sud et il pensait si résolument que c'est leur action directe, qu'il arriva à dire que, si on logeait les Européens dans un lieu abrité de ces vents, ils ne seraient pas atteints par la fièvre jaune. C'est dans ce but qu'il préconisait la construction d'une succursale de l'hôpital au lieu dit la pointe du Bout, là ou se trouve aujourd'hui

le lazaret. La grande autorité de notre éminent prédécesseur s'est trouvée là en défaut, et en effet, non seulement on a vu la fièvre jaune à la pointe du Bout, mais encore on l'a observée à la Trinité, à la Grande Anse, au Marigot, tous endroits qui regardent au Nord et qui sont abrités des vents du Sud par toute la hauteur des montagnes de l'île.

Dans son rapport sur l'année 1844, Câtel faisait la distinction très-juste des vents du sud locaux et des vents du sud généraux. Dans le premier cas, ces vents du sud règnent soit dans la baie du marin, soit dans celle de Fort-de-France ou de Saint-Pierre tandis que les brises du nord ou le calme règnent dans les environs; or la constitution médicale n'est pas fâcheusement influencée alors. Dans d'autres circonstances au contraire, ces vents du sud soufflent non-seulement sur toute l'île, mais dans toute la région, et c'est eux qui réagissent sur la santé publique.

D'ailleurs il faut être prévenu que, dans les temps de calme de l'atmosphère, il arrive souvent sur le littoral occidental de la Martinique que les vents de sud-ouest venant du large s'arrêtent exactement au niveau de la côte, de telle sorte que, tandis qu'on est sous leur influence sur rade, sur terre on est sous l'influence du vent de nord ou nord-est dévié plus ou moins par la direction des pentes qui avoisinent le Marin, Fort-de-France et Saint-Pierre. Dans ces conditions il y a une différence sensible de chaleur d'hygrométricité dans deux pointe très-voisins l'un de l'autre, on dirait deux climats très-dissemblables qu'on pourrait presque toucher à la fois avec les deux mains écartées. On comprend que, dans de pareilles conditions, il peut se présenter souvent que les rades de Fort-de-France ou de Saint-Pierre soient visitées par la maladie quand la santé ne laisse rien à désirer ou à peu près à terre.

Pendant mon séjour à la Martinique, j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier l'exactitude de l'opinion qui prête aux vents de la partie du sud une action fâcheuse sur la santé, et je me range entièrement à l'opinion formulée par mes prédécesseurs, Câtel entre autres, en faisant toute fois cette réserve que lorsque les vents du sud règnent, il ne suffit pas de loger dans un lieu abrité de leur souffle, pour se soustraire à leur influence.

Quelle peut être la cause de cette action délétère des vents de la partie du sud, de S.-O. et d'O. ?

C'est, je crois avec mes prédécesseurs, l'état de l'atmosphère qu'ils occasionnent, c'est-à-dire l'influence qu'ils exercent sur

la chaleur, l'hygrométricité, la pression barométrique, l'état électrique etc. de l'athmosphère; car, arrivant à la Martinique après avoir passé sur plusieurs centaines de lieues de mer, on ne pourrait les accuser d'apporter eux-mêmes les miasmes générateurs de la fièvre jaune qu'ils auraient puisés sur d'autres pays. D'ailleurs non-seulement il est arrivé que les pays de la côte ferme qui sont au S., au S.-O., à l'Ouest de la Martinique n'avaient pas la fièvre jaune au moment où ces vents semblaient l'apporter, ou pour parler plus exactement favoriser son explosion ; mais encore il faut se souvenir que les vents de S. et S.-O. sont fâcheux pour tous les malades en tous les temps; ils aggravent toutes les maladies fébriles. Par conséquent, on le voit, c'est plus une action générale déprimant sur l'organisme qu'une action spéciale qu'il faut leur attribuer.

Dans son remarquable livre, Dutrouleau, qu'il faut toujours citer quand on parle de fièvre jaune, tout en admettant que les vents du sud (p. 366) sont justement incriminés, dit qu'ils n'ont qu'une part indirecte dans la production des épidémies, attendu que c'est parfois à la suite de longues séries de vents d'E. qu'elles se déclarent. J'ai naturellement dû me préoccuper de cette opinion et j'en suis arrivé à croire d'après ce que j'ai vu sur les lieux que les prétendus vents d'E. n'étaient que des vents de S.-E. et même de S. En effet, remarquons que Dutrouleau a pratiqué à Saint-Pierre et à la Basse-Terre, deux points placés sous le vent d'une île et dans une situation topographique telle que les vents sont sensiblement déviés. Que de fois ne constate-t-on la direction N.-E. à Saint-Pierre lorsqu'en réalité il souffle du Nord ou de l'E., presque toujours quand on voit la girouette indiquer du vent d'E. sur l'hôpital ou en rade, il souffle une brise différente, soit N.-E. soit S.-E. au large. Par conséquent, nous le voyons, l'observation de Dutrouleau ne saurait être opposée à celle de Câtel et il suffit qu'il ait considéré les vents de la partie du sud comme défavorables pour que nous le mettions au nombre de ceux qui ont signalé cette influence nocive qui, pour ne pas être encore entièrement dégagée de toute obscurité, est néanmoins frappante depuis longtemps d'une manière générale.

Périodes d'immunité et d'épidémie.

Nous nous sommes suffisamment étendu dans le chapitre second sur la question des périodes épidémiques et des phases d'absence de fièvre jaune à la Martinique, pour n'avoir plus grand chose à ajouter ici : on nous permettra cependant de citer un passage du livre de Dutrouleau, car nous ne saurions faire trop d'emprunts à l'opinion de cet homme éminent qui a laissé aux Antilles une réputation de savoir et d'habileté aussi grande que bien méritée.

« Les épidémies de fièvre jaune reparaissent aux Antilles avec une telle périodicité, disait Dutrouleau (p. 362), qu'on ne peut se refuser à reconnaître qu'elles trouvent dans ces localités une prédisposition particulière et qu'elles y sont seulement un accident.

« On peut établir la gradation suivante pour la fréquence des épidémies de fièvre jaune au point de vue géographique : épidémies annuelles dans les foyers endémiques du golfe du Mexique et des Grandes-Antilles; périodes épidémiques de plusieurs années, revenant à six ou dix ans d'intervalle dans la chaîne des Petites-Antilles ; épidémies accidentelles et de durée variable, se déclarant dans des climats lointains des deux hémisphères, ayant plus ou moins de rapports de saison avec les climats torrides. »

On le voit, c'est la constatation et l'acceptation de cette opinion, qu'il y a des périodes d'immunité et des périodes épidémiques. Je crois que pas un des médecins qui ont pratiqué aux Antilles, n'est disposé à nier cette succession plus ou moins régulière de périodes favorables et fâcheuses alternant dans la suite des temps.

Topographie.

Après avoir parlé de la météorologie en étudiant l'étiologie de la fièvre jaune, il faut parler de la topographie, car on a fourni tant d'assertions injustifiées ou contradictoires touchant les conditions qui régissent ou accompagnent la genèse de la maladie que nous ne saurions passer cette source d'indications sous silence.

Tout d'abord, la question de l'intensité et de la fréquence de

la maladie sur le littoral opposé à ce qui s'observe dans l'intérieur des terres et dans les hauteurs se pose à nous; on a affirmé tant de fois et avec une si grande insistance le monopole de la plage pour la fièvre jaune, qu'il n'est pas possible d'aller plus loin sans nous en occuper.

Cette question est plus importante qu'on ne le penserait tout d'abord; en effet, comme on a maintes fois dit qu'il suffirait en temps d'épidémie d'éloigner les Européens du littoral, pour les soustraire à l'action de la fièvre jaune, il faut nous appesantir sur les conditions qui doivent régir cette émigration, car si on les négligeait, on s'exposerait à de graves mécomptes.

Le sol étant très-accidenté à la Martinique, de telle sorte qu'à mesure qu'on s'éloigne un peu du bord de la mer on s'élève aussitôt beaucoup au-dessus de l'horizon, nous devons réunir sous un même chef la question de l'éloignement du littoral et celle de l'altitude, chose que nous ne pourrions faire si nous écrivions une étude plus générale du typhus amaril.

On a affirmé qu'il suffisait de s'élever à une ou quelques centaines de mètres au-dessus du niveau de la mer, pour que la fièvre jaune ne fût plus à craindre. Voici tout d'abord des faits fournis par l'épidémie de 1869 qui montrent que la chose n'est pas tout a fait comme la crédulité publique l'avance. Ces faits sont encore dans la mémoire de tous; ils ont été mis en lumière par mon érudit successeur le docteur Langellier; par le docteur Gaston, par le docteur Cornillac, de la manière la plus heureuse.

1° Un gendarme du nom de Nicolas, arrivant de France au moment où l'épidémie sévissait, fut envoyé au village de la Rivière-Blanche situé à quatre cents mètres au-dessus de la mer et à une quinzaine de kilomètres de la plage, on espérait ainsi le soustraire aux atteintes du fléau; il ne séjourna que vingt-quatre heures à Fort-de-France et ne communiqua ni avec aucun malade ni avec aucun local notoirement infecté, mais cependant la caserne, la prison, les maisons voisines avaient contenu des malades précédemment.

Il arrive à la Rivière-Blanche où n'était pas un seul malade suspect et peut dès lors être considéré comme éloigné du foyer d'infection. Dix jours après, il est atteint de fièvre jaune d'une manière sévère (il en guérit cependant).

Nicolas devint à son tour un foyer de fièvre jaune, car deux de ses collègues sur trois furent atteints à leur tour. La caserne fut fumigée après évacuation et blanchissage et, après quinze jours

de repos, les gendarmes en reprennent possession, mais un des nouveaux venus tomba malade et mourut. Il est à remarquer que pendant ce temps des atteintes graves de fièvre inflammatoire furent observées dans les environs, chez les créoles blancs et colorés.

2° Dans la même épidémie de 1869, on vit tout à coup une épidémie sévère de fièvre jaune éclater dans le village du Morne-Rouge situé à 440 mètres au-dessus du rivage de la mer et environ à 5 kilomètres de la plage à vol d'oiseau. Cette épidémie qui frappa, au dire de M. Langellier, les créoles comme les Européens, les blancs comme les nègres, eut pour cause la trop grande confiance qu'a le public dans l'immunité conférée par l'altitude, on croyait qu'il était inutile de prendre à cette hauteur aucune précaution et on fut tristement désabusé.

3° A la même époque, les troupes cantonnées au Morne-Rouge sont évacuées sur le camp de Balata à 460 mètres d'altitude. Les soldats avaient l'ordre de défaire leur sac et d'aérer leurs effets avant de se mettre en route. Un d'eux du nom de Fritz se soustrait à cette obligation et arrive à Balata où il défait son sac et est atteint peu après d'une atteinte mortelle de fièvre jaune.

Voilà des exemples qu'il serait facile de rendre plus nombreux, ils sont suffisants pour nous montrer que la hauteur de 4 à 500 mètres n'est pas suffisante à la Martinique pour mettre à l'abri du fléau ; il est probable qu'il faudrait arriver à l'altitude de 938 mètres (opinion de M. de Humbolt) et encore je ne suis pas certain que tout danger serait écarté. Je crois, comme on l'a dit, que la maladie n'éclate pas spontanément au-dessus de 200 à 300 mètres, mais je crois aussi qu'elle est parfaitement transmissible dans certaines conditions à ces hauteurs.

La fièvre jaune semble devoir être un peu moins sévère dans les hauteurs, dit-on, c'est encore possible, mais cependant il ne faut pas y croire d'une manière absolue, car maintes fois on a vu la mort survenir au Morne rouge, au camp Balata, au piton Absalon et dans d'autres endroits aussi élevés.

On sait par expérience à la Martinique et on peut dire dans toutes les Antilles que le transport des malades de fièvre jaune dans les hauteurs, n'est pas un moyen bien efficace de les empêcher de mourir. Je pourrais en effet citer de nombreux exemples pour le prouver.

Que faut-il penser, en définitive, en présence de cette croyance générale que les hauteurs confèrent une immunité certaine et

des faits que je viens d'énumérer? eh bien! je crois que la réalité est dans les deux conclusions ci-après.

1° On a moins de chances, toutes choses égales d'ailleurs, de voir la fièvre jaune atteindre les Européens à mesure qu'on s'éloigne du littoral, c'est-à-dire qu'on s'élève dans les hauteurs.

2° La question de dissémination des individus est aussi importante que celle de l'élévation, et pour rendre notre pensée par un exemple, nous dirons qu'il est très-probable qu'un Européen, habitant un point isolé des environs de la mer à cinquante ou cent mètres au-dessus de l'horizon, courrait moins de dangers que celui qui habiterait le camp de Balata, ou le Morne rouge à un moment où la population du lieu serait dense et où des communications incessantes avec le littoral existeraient.

La question de l'altitude nous apparaît donc, j'espère, sous un jour différent de celui que lui donne la crédulité publique, et nous dirons pour terminer que si, lorsqu'une épidémie menace ou débute, l'autorité a le devoir de songer à envoyer les Européens militaires dans les hauteurs, la question de dissémination des hommes et de cessation des relations entre les divers groupes doit s'imposer à son esprit d'une maniere aussi immédiate, car l'altitude sans la dissémination et l'isolation ne peut donner une bien grande garantie.

Relations de la fièvre jaune avec le paludisme.

Il n'est plus nécessaire de discuter aujourd'hui la question de savoir si la fièvre jaune est ou n'est pas d'origine paludéenne. Les idées de Chervin ne sont plus partagées par personne, ayant succombé sous mille preuves tellement péremptoires qu'il serait oiseux de les reproduire ici.

Nous devons dire cependant que Câtel croyait à la communauté étiologique des deux affections; c'est qu'observant à Fort-de-France à une époque où le paludisme y était intense et fréquent, il était mal placé pour saisir la différence. Mais on peut précisément trouver dans l'opinion de Câtel une preuve puissante entre mille autres pour croire à l'indépendance des deux affections; en effet, depuis qu'on a comblé les fossés de ceinture, remblayé les terres de la plaine Sainville et creusé le carénage, la fièvre paludéenne a presque totalement disparu de Fort-de-France et cependant la fièvre jaune y a conservé absolument les caractères qu'elle avait du temps de Câtel.

Dans un excellent travail que j'ai longuement étudié, le doc-

teur Faget de la Nouvelle-Orléans a eu l'heureuse idée de reproduire plus de cent tracés thermographiques de la fièvre jaune, et il a démontré ainsi d'une manière encore plus précise qu'avant, combien ceux qui incriminent le paludisme sont dans l'erreur. De mon côté, je me suis étendu suffisamment sur ce sujet dans mon travail sur la fièvre inflammatoire (de la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles, Paris, 1878), pour pouvoir y renvoyer le lecteur sans insister davantage ici ; et d'autre part, dans le chapitre troisième du présent travail, j'ai discuté la question de savoir si oui ou non il y a une fièvre jaune intermittente, et j'ai conclu pour la négative (voir page 153).

Influences diverses.

Dans un pays où la crédulité publique dépasse tout ce que l'imagination peut concevoir; où l'ignorance ne peut être comparée qu'à la superstition, on comprend que les influences les plus diverses et souvent les plus étranges ont été incriminées et accusées d'avoir produit la fièvre jaune. En 1690 déjà, on sait que le vulgaire attribua l'épidémie de l'oriflamme à des barils de salaisons avariées jetés dans la baie du carénage. Plus tard c'est un navire négrier qui est accusé d'avoir porté la maladie; une autre fois c'est un phénomène astronomique. Maintes fois on a accusé les tremblements de terre d'une manière assez persistante pour que des hommes comme Arnoux, Gonnet, Dutrouleau aient été obligés de démontrer leur inanité à ce sujet; même chose à dire pour les éruptions volcaniques qui font d'ailleurs défaut dans bien des îles de l'archipel des Antilles où cependant la fièvre jaune a régné parfois avec une terrible intensité.

Phénomènes précurseurs des épidémies.

Le vulgaire et bien des médecins sont portés à penser que les épidémies de fièvre jaune sont en général annoncées par des phénomènes que l'on peut considérer comme précurseurs. Ces phénomènes sont la diminution d'intensité de la dysentérie; l'apparition de la rougeole; la fièvre dite inflammatoire pour la pathologie humaine; diverses épizooties pour ce qui touche les animaux.

Diminution de l'intensité et de la fréquence de la dysentérie peu avant l'explosion des épidémies de fièvre jaune.

Nombre de médecins du plus grand mérite ont dit que les épidémies de fièvre jaune sont annoncées à la Martinique par une diminution sensible dans l'intensité et la fréquence des atteintes de dysentérie ; Câtel, Dutrouleau, à plusieurs reprises, Mesnard en 1850 et maints autres ont même spécifié la chose à divers moments et d'une manière très-précise.

Je suis pour ma part tout porté à partager cette opinion car il est ressorti de mes recherches comme de mon observation, ce fait bien évident que la dysentérie est en rapport avec les vents de la partie du Nord, comme la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune, sont en rapport avec les vents de la partie du Sud.

Je suis entré ailleurs dans de longs détails au sujet de ces deux influences qui se partagent le temps à la Martinique ; je n'ai pas besoin, par conséquent, d'insister plus longuement là-dessus, dans le moment présent.

Fièvre inflammatoire

Quant à ce qui est de la fièvre inflammatoire, nous n'avons qu'à renvoyer le lecteur à ce que nous avons dit dans notre étude sur cette maladie ; il verra dans le chapitre second, entre autres, que bien, que la fièvre inflammatoire ait toujours précédé les épidémies de fièvre jaune, on ne peut pas dire que toutes les épidémies de fièvre inflammatoire soient suivies de la fièvre jaune ; les faits prouvent le contraire.

Rougeole. — Fièvre éruptive spéciale dengue.

On croit dans le vulgaire des colonies, que les épidémies de fièvre jaune sont souvent précédées par des fièvres éruptives particulières. Amic, par exemple, pensait que la rougeole précédait fréquemment le typhus amaril. — En effet dans son rapport de 1851, il dit avoir remarqué cette coïncidence en 1815, en 1825, en 1831, en 1851.

Dans ces dernières années, on a dit la même chose pour la dengue et j'ai noté cette croyance pendant mon séjour au Sénégal absolument comme pendant mon séjour à la Martinique.

Nous touchons là à une question encore complétement obs-

cure et qui est en voie de s'obscurcir davantage même depuis que la maladie appelée dengue a été signalée par plus de monde et dans des pays plus divers.

Pour ma part, je dois déclarer qu'après avoir séjourné longtemps au Sénégal, après avoir pratiqué à la Martinique dans les meilleures conditions pour me faire une opinion, puisque j'étais à la tête du service de santé de la colonie, après avoir assisté à trois épidémies de dengue, et en avoir été atteint moi-même, je n'ose pas formuler une opinion bien catégorique, car j'ai la persuasion que notre ignorance est encore infinie à cet égard. Néanmoins je crois fort ne pas me tromper en disant que la dengue est une maladie spéciale bien différente et de la rougeole comme de la fièvre éruptive signalée sous son nom dans maints pays de l'Amérique tropicale et des Antilles. Par conséquent on comprend que, si ma manière de voir est juste, la confusion de cette dengue avec la fièvre inflammatoire accompagnée d'une éruption, ne peut qu'obscurcir la question.

Je crois que ce qu'on a appelé rougeole dans les temps d'Amic, de Ballot, etc. etc., dengue de nos jours, n'est le plus souvent que la fièvre inflammatoire qui est, on le sait, accompagnée parfois d'une éruption cutanée spéciale et ressemblant beaucoup, j'en conviens, à la roséole, à la miliaire, à la rougeole, à l'urticaire même, suivant les cas. Or, si on partage ma manière de voir, on comprend que des observateurs de très-bonne foi ont pu constater en 1815, 1826, 1838 et 1851 l'existence de cet éruption.

Mais il faut dire d'elle ce que nous disions tantôt pour la fièvre inflammatoire en général; c'est en effet que si elle a précédé la plupart des épidémies de fièvre jaune, elle n'a pas annoncé néanmoins fatalement l'arrivée de la maladie, et la preuve c'est qu'en 1861, par exemple, Ballot en a constaté une poussée très-forte qui ne fut suivie d'aucune manifestation du typhus amaril.

J'ai porté toute mon attention sur l'éruption qui accompagne parfois la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune même, on sait les résultats auxquels je suis arrivé déjà. Le champ est ouvert et appelle les investigations de nos successeurs, auxquels je prédis une belle moisson de résultats, s'ils veulent travailler ce point de la pathologie exotique.

Épizooties.

On a signalé dans divers pays et à la Martinique en particulier des épizooties, avant et pendant les épidémies de fièvre jaune; c'est ainsi par exemple qu'en 1801, 1802, 1857, on a noté dans l'île une mortalité considérable sur les animaux. On parle de sang sorti du bec des volailles, de vomissements noirs chez les chiens, de selles sanglantes chez des bœufs et des moutons. Nous en sommes réduits jusqu'ici aux conjectures et nous pouvons dire que ces faits ont été signalés à Saint-Domingue, à la Havane, à la Guyane, au Brésil, au Sénégal comme à la Martinique, sans pouvoir en tirer aucun enseignement plus précis.

Coup d'œil d'ensemble sur les conditions étiologiques étrangères à l'individu.

Si nous voulons, avant d'aller plus loin, jeter un coup d'œil synthétique sur les diverses causes que nous venons de passer en revue, nous dirons que les questions de chaleur, de temps orageux, de direction de la brise, etc., sont en somme des facteurs secondaires, et n'ayant d'importance que par leur réunion ou leur absence dans certaines années, c'est-à-dire que l'étude de chacun de ces éléments en particulier nous a ramené chaque fois à cette grande question des périodes épidémiques séparées par des périodes favorables pour la santé publique. Je crois après bien d'autres, mais aussi fermement que les plus convaincus qu'il y a là tout le nœud du problème. De sorte que je suis convaincu de dire quelque chose d'absolument exact en affirmant que : le premier travail à faire désormais pour la connaissance des maladies et des allures pathologiques de la contrée Antillienne, est l'étude de sa climatologie.

B. CONDITIONS INHÉRENTES A L'INDIVIDU.

Quelque puissante que soit l'influence des conditions générales et étrangères aux individus dans la production des épidémies, il ne faut pas oublier qu'elle est peu de chose à côté de celle qui touche aux sujets eux-mêmes, en effet les hommes sont le terrain sur lequel évolue la maladie, l'aliment qui fournit aux épidémies le moyen de se manifester, et à ce titre ils

doivent avoir une grande place dans l'esprit de ceux qui s'occupent de cette question d'étiologie.

Dans cette série nous allons parler successivement de l'influence de la race, du sexe, de l'âge, des professions, du temps de séjour, des phénomènes psychiques, des excès, etc.

L'influence de la race.

Une des choses qui semblent le mieux établies dans l'histoire de la fièvre jaune c'est l'immunité relative plus ou moins grande de certaines catégories d'individus. Les créoles croient tellement qu'ils n'ont rien à craindre de la maladie qu'ils le disent et le redisent à satiété, et dans trop de circonstances ils en ont fait un sujet d'orgueil cynique. Il ne faut pas avoir habité longtemps la Martinique pour avoir entendu désirer par maints d'entre eux la venue du typhus amaril, triste manifestation de ce sentiment d'hostilité que l'Européen rencontre chez les créoles de toutes les Antilles ! Cette immunité relative de certaines catégories d'individus est, en fait, incontestable, mais ne l'oublions pas, elle n'est que relative et bien plus elle est soumise à nombre de conditions absolument nécessaires. Les exemples fourmillent pour prouver que l'imprudent qui oublie ce point capital est exposé aux plus terribles mécomptes. Nous rappellerons dans cet ordre d'idées quelques exemples et en particulier les suivants.

La fièvre jaune n'avait pas sévi au Sénégal depuis 1778 lorsqu'elle éclata en 1830 à Gorée et s'étendit bientôt jusqu'à Saint-Louis; or Chevé, Câtel et Calvé qui ont écrit sur cette épidémie ont constaté que nombre de mûlatres et de nègres furent atteints à cette époque par le typhus amaril, et c'est au point que certains villages indigènes furent relativement aussi éprouvés que les centres de population européenne; en 1837, l'immunité des indigènes fut presque complète; en 1866 et 1867 aussi, sans cependant qu'on puisse affirmer que pas un ne paya de sa vie le voisinage du fléau.

Au début de l'épidémie de 1838, le docteur Câtel signala aussi qu'un certain nombre de nègres et de mulâtres de la Martinique avaient été pris de la maladie.

En 1849, lorsque la fièvre jaune envahit la Nouvelle-Orléans, où elle n'avait pas été constatée depuis fort longtemps, les gens de couleur furent atteints comme les blancs ou à peu près.

En 1850, lorsque la fièvre jaune parut à Cayenne où elle n'avait

plus fait de victimes depuis le commencement du siècle, les créoles, blancs, métis ou noirs payèrent un assez lourd tribut dans les premiers temps.

Des accidents mortels survenus en 1852 et 1853 à des créoles, blancs ou mulâtres habitant ordinairement les hauteurs de la Martinique sont venus prouver d'une manière péremptoire qu'il ne faut pas compter d'une manière aveugle sur l'immunité des indigènes en face de la fièvre jaune.

L'épidémie de 1868 à la Guadeloupe a montré aussi que l'immunité des noirs et des mulâtres n'était pas absolue.

Il est bien à craindre, par conséquent, pour la santé et la vie des intéressés que les créoles, blancs, colorés ou noirs soient moins à l'abri de la fièvre jaune que ce que l'on pense. Si on regardait de très-près on trouverait peut-être qu'ils ont tort d'être aussi rassurés et que leur égoïsme peut bien les exposer à de terribles désillusions.

D'autre part on sait parfaitement aujourd'hui que non-seulement les blancs mais les indiens et les chinois sont susceptibles de contracter la fièvre jaune, bien plus les nègres africains eux-mêmes y sont exposés quoiqué moins que les Européens. La remarque a été faite dans nombre de pays divers depuis le Brésil jusqu'au États-Unis.

Dans le rapport sur la fièvre jaune à l'armée des États-Unis du Nord, nous trouvons les chiffres suivants touchant l'aptitude des troupes blanches et noires à contracter la fièvre jaune; troupes blanches; 20,069 hommes ont fourni 1,347 atteintes et 427 morts de fièvre jaune; tandis que 5,580 hommes de troupes noires ont fourni 171 atteintes et 25 décès de la maladie; ces divers chiffres réduits au même dénominateur nous indiquent que 100 blancs ont fourni 6,50 atteintes, 2,07 décès; 100 noirs 3,06 atteintes, 0,44 décès; 100 atteintes chez les blancs ont produit 31,6 décès, tandis que 100 atteintes chez les noirs n'en ont fourni que 14,6.

Si on essaie de faire une échelle de proportion touchant l'immunité vis-à-vis de la fièvre jaune, on constate que le nègre créole est le moins exposé. Le mulâtre créole vient après, le blanc créole ensuite. Puis assez loin derrière eux le nègre, le mulâtre ou le blanc africain, les races colorées de l'extrême Orient, et cela en rapport direct de leur coloration. Enfin les Européens qui eux-mêmes sont plus ou moins prédisposés suivant qu'ils proviennent du nord ou du sud de leur contrée. Nous essaierons tantôt de théoriser à ce sujet pour expliquer les parti-

cularités qui de prime abord paraissent être des anomalies.

Il y a aussi à tenir compte du degré de sévérité des épidémies dans la question de l'immunité de certaines catégories d'individus; ainsi, par exemple, plus une épidémie est sévère, plus les créoles, blancs, mulâtres et noirs sont exposés à être atteints. En 1802, d'après Moreau de Joannès; en 1839, d'après Câtel, on vit une plus grande proportion de créoles malades du typhus amaril que dans certaines autres années.

La question de relations avec les malades ne doit pas non plus être négligée; tout le monde sait que les médecins, les sœurs de charité, les infirmiers sont frappés très-sévèrement. Dans l'épidémie de 1839, dit Câtel, tous les infirmiers blancs, mulâtres ou noirs furent malades, et il est exact d'avancer, ajoutait-il, qu'aucun individu qui a donné des soins aux malades n'a échappé aux dangereux effets de l'infection.

Dans la question d'immunité des créoles, il y a une spécification à faire, c'est que cette immunité est, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus grande quand ils habitent les villes du littoral où règne la fièvre jaune, et qu'ils y sont sédentaires. Quand ils voyagent et en particulier qu'ils vont passer plus ou moins longtemps dans la zône tempérée, ils perdent le bénéfice de leur origine de manière à être aussi exposés à contracter le typhus amaril que le premie Eruropéen venu. Nous dirons même qu'il n'est pas nécessaire pour eux d'aller bien loin sous ce rapport, car il leur suffit d'habiter les hauteurs pour être exposés aux atteintes de la maladie quand ils descendent sur le rivage. Au Mexique, au Vénézuéla, on croit même que le créole habitant les terres froides est plus exposé que l'Européen quand il passe dans les terres chaudes.

Des faits si nombreux de la fragilité de cette immunité des creoles ont été signalés qu'il n'est pas nécessaire d'en rapporter ici, il nous aura suffi d'indiquer les conditions favorables à l'atteinte de la maladie renvoyant le lecteur à ce que Câtel, Amic, Ballot, Chapuis, Walther, Dutrouleau, Berquin, Griffon Du Bellay et maints autres ont publié.

Les Français sont-ils plus ou moins exposés à la fièvre jaune suivant qu'ils sont nés dans telle ou telle région de notre pays? Telle est la question intéressante que nous pouvons nous poser maintenant. Nous avons fourni dans notre travail sur la fièvre inflammatoire des Antilles un tableau que nous devons reproduire ici pour y répondre.

TABLEAU des atteintes de fièvre inflammatoire et de fièvre jaune, présentées par les militaires de la garnison de la Martinique en tenant compte du lieu de naissance de ces militaires. (Indications puisées dans les feuilles de clinique de 1840 à 1876.)

ZONES territoriales	DÉPARTEMENTS.	CHIFFRES RÉELS		PROPORTIONS	
		Fièvre inflam.	Fièvre jaune	Fièvre inflam.	Fièvre jaune
Nord.	— Nord, Pas-de-Calais et Somme. . .	26	27	1.89	1.89
Nord-Ouest.	— Seine-Inférieure, Eure, Calvados, Manche, Orne.	25	14	1.91	1.07
Centre-Nord.	— Oise, Aisne, Seine-et-Oise, Seine, Seine-et-Marne, Aube, Marne, Haute-Marne.	43	29	1.72	1.39
Nord-Est.	— Ardennes, Meuse, Moselle, Meurthe, Vosges, Haut-Rhin, Bas-Rhin. . .	77	93	5.17	6.30
Ouest.	— Ile-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan, Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente-Inférieure.	51	46	2.44	2.20
Centre.	— Charente, Haute-Vienne, Vienne, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Eure-et-Loir, Loiret, Yonne, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Indre, Cher, Nièvre, Allier, Creuse.	65	75	2.73	3.15
Est.	— Haute-Saône, Côte-d'Or, Doubs, Saône-et-Loire, Jura, Ain, Rhône, Isère. . .	32	33	1.72	1.72
Sud-Est.	— Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Var, Drôme, Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Corse, Alpes-Maritimes.	9	10	1.100	1.00
Centre-Sud.	— Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Corrèze, Cantal, Lozère, Ardèche, Aveyron, Lot, Dordogne	45	43	2.49	2.39
Sud.	— Gard, Hérault, Tarn, Aude, Pyrénées-Orientales, Ariége, Haute-Garonne, Tarn-et-Garonne.	14	14	1.04	1.04
Sud-Ouest.	—Lot-et-Garonne, Gironde, Landes, Gers, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées	25	36	2.17	3.13
	Totaux et moyennes. . . .	412	420	2.20	2.29

Ce tableau a été dressé en examinant 412 feuilles cliniques, portant sur la période de 1850 à 1876. On voit que le nombre est assez grand, la période assez étendue, pour que les chances d'erreurs soient sensiblement amoindries.

Pour faire ce tableau, j'ai procédé d'une manière que je dois

indiquer. D'abord, j'ai porté dans la première colonne les chiffres que j'obtenais par la numération des feuilles, puis faisant la somme de la population masculine de tous les départements d'une région, j'ai eu un autre chiffre qui étant, par exemple, représenté par B, tandis que nous représentons le chiffre réel par A, m'a servi à établir la proportion suivante : $A:B::x=100,000$. J'ai emprunté le chiffre de la population des départements à l'Atlas de Johanne, édition de 1872.

On se demandera de prime abord pourquoi j'ai adopté cette formule assez compliquée au lieu de prendre seulement celle qui aurait consisté, par exemple, pour la région du Nord, à : $\frac{27}{420} = \frac{x}{100}$. La raison en est dans ceci, que chaque région ne renferme pas un chiffre égal de population et que, comme les premiers numéros de la conscription sont désignés pour l'infanterie ou l'artillerie de marine au prorata des chiffres de soldats qu'un département doit fournir, j'aurais moins approché de la vérité si je n'avais tenu compte que des chiffres bruts au lieu de les ramener au chiffre de la population masculine qui fournit à la conscription.

Par cette opération, je suis arrivé fortuitement à trouver que le groupe qui présentait la moindre élévation de chiffre avait 1,00 dans les deux dernières colonnes et le tableau s'est trouvé très-heureusement plus compréhensible au premier coup d'œil, puisqu'on peut, en le consultant, prendre pour point de départ que la partie de la population française qui présente le moins de chances d'atteintes de la maladie a l'indice de l'unité.

Je n'ai fait entrer en ligne de compte, dans mes investigations, que les feuilles de clinique des soldats, écartant avec soin celles des matelots du commerce ou de l'État, pour cette raison que ces matelots étant beaucoup plus souvent des habitants du littoral, leur intrusion dans mes calculs eût fait pencher artificiellement la balance pour telle ou telle région au détriment de la vérité.

Une fois ce calcul fait, j'ai eu l'idée de le faire de nouveau avec les feuilles des malades atteints de fièvre dite inflammatoire et je suis arrivé à des résultats fort intéressants qui sont consignés dans les lignes, 1 et 3 du tableau précité.

Prédisposition selon le sexe.

On a prétendu que les femmes sont moins prédisposées que

les hommes à contracter la fièvre jaune, et on se base sur ce que dans chaque épidémie on voit un très-grand nombre de sujets du sexe masculin être frappés quand les femmes entrent pour une proportion très-minime, alors que dans le chiffre de la population il y a presque égalité de sexe.

Je ne puis répondre par le calcul à cette question, il nous faut seulement faire appel au raisonnement et je dirai que je suis porté à croire qu'il n'y a pas d'immunité réelle et directe de la femme vis-à-vis de la fièvre jaune. La maladie frappe de préférence ceux qui s'exposent au soleil, qui font des excès, des imprudences d'hygiène, qui vivent dans des lieux faciles à infecter comme le navire, la caserne, l'hôpital ou la prison, et comme l'homme se trouve plus que la femme dans ces conditions, il est naturel qu'il soit plus souvent atteint. Voilà, je le crois fermement, la raison du faible chiffre que fournissent les femmes dans une épidémie. Si demain on voyait le sexe féminin vivre dans les conditions que je viens de spécifier c'est-à-dire vivre comme les hommes, je suis convaincu qu'on observerait aussitôt chez les femmes, les mêmes proportions et d'atteintes et de décès. Il semble cependant ressortir de nombreuses observations, que si la fièvre jaune frappe, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes comme les hommes, elle est néanmoins moins souvent mortelle chez elles.

Prédisposition selon l'âge.

La question de l'âge a été agitée dans l'étude des immunités et des prédispositions vis-à-vis de la fièvre jaune. On dit assez généralement que les enfants et les vieillards sont moins susceptibles que les adultes à être frappés par la maladie.

Nous n'avons aucun chiffré à fournir pour ce qui regarde la Martinique, aussi nous permettra-t-on de faire des emprunts à d'autres sources, ainsi par exemple nous dirons que le docteur Harvey Brown, médecin de l'armée des États-Unis à la Nouvelle-Orléans (circular n°1, 1868 p. 117) a recherché l'âge de 2,563 individus qui succombèrent à la fièvre jaune dans ce pays et il est arrivé aux chiffres suivants :

Au-dessous de	10	ans	340	soit	13,2	p.	100
De	10 à 20	—	297	—	11,2	—	
—	20 à 30	—	1,036	—	40,2	—	
—	30 à 40	—	519	—	20,2	—	
—	40 à 50	—	228	—	8,9	—	

De	50 à 60	ans	96	soit	3,7	p. 100
—	60 à 70	—	27	—	1,1	—
—	70 à 80	—	16	—	0,6	—
—	80 à 90	—	3	—	0,1	—
Au-dessus			1	(une vieille femme de 94 ans).		
			2,563			

D'autre part M. Rey donne les chiffres suivants touchant l'âge de 1256 individus atteints de fièvre jaune en 1876 à Rio-de-Janeiro.

Moins de	10	ans	7	soit	0,5	p. 100
De	10 à 20	—	565	—	29,1	—
—	21 à 30	—	559	—	44,5	—
—	31 à 50	—	296	—	23,6	—
—	51 à 60	—	25	—	2,0	—
—	61 à 70	—	4	—	0,3	—
			1,256			

Ces deux tableaux nous permettent de dire que l'on voit les proportions suivantes :

Les enfants (au-dessous de 10 ans)	8,6	p. 100
Les adolescents (10 à 20 ans)	21,4	—
Les adultes jeunes (20 à 30)	40,0	—
Les adultes mûrs (30 à 50)	26,0	—
Les vieillards (50 et au-dessus)	4,0	—

Ces chiffres sont certainement très-intéressants, mais il ne faut pas oublier qu'ils ne peuvent servir qu'à titre de curiosité pure, car d'une part la population de la Martinique ne peut être comparée à celle de la Nouvelle-Orléans et pourrait-elle l'être qu'il nous faudrait mettre en regard du pour centage que nous venons de donner les proportions relatives des divers âges dans une population, car on comprend, par exemple, que si les individus de 20 à 30 ans constituaient le 80 p. 100 de la population, en fournissant le 40 p. 100 des atteintes, ils pourraient être en réalité moins prédisposés que tel autre âge.

Ces raisons font que nous ne chercherons pas à nous renseigner aux divers chiffres qui ont été fournis pour élucider la question. En effet, on pourrait croire qu'elle est jugée d'une manière plus précise qu'elle ne l'est en réalité et ici encore nous en sommes réduits aux conjectures du raisonnement. Il est incontestable que parmi les victimes de la fièvre jaune, on voit

plus d'adultes et particulièrement de 20 à 40 ans que de vieillards. Mais, remarquons-le, la population européenne de la Martinique n'est pas comme celle d'un pays d'Europe, et avant de dire que l'âge adulte est plus prédisposé que l'âge mûr aux coups du fléau, il faudrait voir quelle est la proportion des âges dans cette population européenne. Ainsi, par exemple, sur un navire qui a cent hommes d'équipage, on trouve parfois quatre-vingt-dix individus ayant plus de 18 ans et moins de 31 ; dans une compagnie de soldats la proportion est peut-être plus forte et on comprend facilement que, si nous voulions tirer des déductions absolues de pareils faits, nous nous exposerions à mille erreurs.

Nous pensons donc que l'âge mûr est prédisposé comme l'âge adulte à la fièvre jaune ni plus ni moins, mais cependant, nous devons reconnaître qu'il est d'observation que les enfants semblent être à l'abri du fléau pendant les premières années de leur existence. Je ne connais, pour ma part, aucun fait d'atteinte de fièvre jaune au-dessous de 5 ans, tant chez les créoles que chez les Européens transportés dans le pays.

En revanche, il est de notoriété que les enfants de 6 à 14 ans environ sont souvent atteints soit par la vraie fièvre jaune en temps d'épidémie, soit par ce a qu'on appelé *les mauvaises fièvres*, ce qui n'est, à mon avis, que la fièvre dite inflamatoire, c'est-à-dire quelque chose d'extrêmement voisin de cette fièvre jaune en temps ordinaire. Cette prédisposition est telle, même chez les créoles, que nombre de médecins s'en sont préoccupés. Ils se sont même basés sur cette particularité pour penser que l'immunité à la fièvre jaune était achetée au prix d'une atteinte bénigne ou grave antérieure et, on le comprend, dès lors cette question d'immunité serait bien près d'être élucidée.

Rapportons dans cet ordre d'idées le passage suivant d'un des hommes les plus compétents dans la matière : « Ne pourrait-on pas considérer les enfants nés depuis la dernière épidémie comme étant dans les conditions des non-acclimatés, et la fièvre jaune comme une de ces maladies que l'on n'a qu'une fois et dont une première atteinte serait le meilleur préservatif. » (Rufz de Lavison, loc. cit., p. 63).

Pour ma part, je voudrais bien volontiers me ranger résolûment du côté de cette opinion, c'est-à-dire avoir vu des faits suffisamment probants pour être entraîné, mais je dois avouer que jusqu'ici, bien que tout me porte à y croire, rien encore n'a fixé définitivement mes idées là-dessus.

Prédisposition suivant le temps de séjour

On admet comme positif que les Européens qui habitent depuis un certain temps la Martinique, partagent avec les créoles le bénéfice de l'immunité vis-à-vis de la fièvre jaune. La chose est vraie, croyons-nous, mais comme pour l'immunité des créoles elle est toute relative et comporte maintes conditions qu'on aurait tort de négliger si on veut éviter des mécomptes.

D'abord nous dirons que, comme pour les créoles, ce n'est pas le temps de séjour dans la colonie, mais bien le temps de présence dans les villes du littoral qui sont le foyer habituel du typhus amaril dont on doit tenir compte pour cela, car s'il est prouvé, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que le créole habitant les hauteurs est exposé à contracter la maladie quand il descend sur la plage, *a fortiori* l'Européen courra-t-il ce danger.

D'autre part nous pouvons, je crois, admettre avec beaucoup de médecins coloniaux cette proposition signalée déjà par Lefort en 1820 que les Européens ont d'autant moins de chances d'être atteints qu'ils ont plus de temps de séjour ; mais en revanche, qu'une fois atteints ils présentent moins de résistance vitale et par conséquent sont frappés plus sévèrement par la maladie. Quelle raison donner pour justifier cette gravité insolite ? Il faut faire intervenir, je crois, en ceci et l'anémie pour quelques cas, l'alcoolisme, les excès, la misère physiolonogique pour nombre d'autres. Il faut aussi tenir compte de la sévérité de l'épidémie, car dans certaines circonstances relativement bénignes les nouveaux arrivés seuls courent réellement des dangers, dans d'autres presque tous les habitants sont frappés quel que soit leur temps de séjour dans le pays.

Quel est le temps nécessaire pour conférer l'immunité ? Telle est la question que le vulgaire pose à chaque instant au médecin pensant qu'il va obtenir pour réponse un chiffre précis sur lequel il pourra baser ses calculs, comme il établit un calcul commercial. Or, cette fois encore, la médecine ne répondra pas par des dates absolues. C'est qu'en effet la question de l'immunité est relative d'abord, puis on comprend que tel a acquis plus d'immunité que tel autre dans le même espace de temps et cela pour maintes conditions que nous pouvons spécifier, il est vrai, mais aussi pour maintes autres qui nous échappent jusqu'ici.

On a pensé que la statistique pourrait aider à résoudre le

problème et nous avons à ce sujet un tableau précisé par notre savant collègue, le Dr Lota, pour 72 entrants à l'hôpital de Fort-de-France, du 10 décembre 1856 au 15 mai 1857.

Sur ces 72 entrants	2	comptaient	5	ans de séjour	soit	2,8	p. 100
—	4	—	4	—		5,5	—
—	1	—	3	—		1,4	—
—	1	—	2	—		1,4	—
—	1	—	1	—		1,4	—
—	1	—	5	mois	—	1,4	—
—	17	—	4	—		23,6	—
—	5	—	3	—		6,9	—
—	7	—	2	—		9,7	—
—	18	—	1	—		25,0	—
—	15	—	8 à 15	jours		20,7	—
	72						

Ces chiffres sont trop faibles pour nous donner des indications suffisantes. Aussi nous faisons appel à ceux que le Dr Torres Homen, cité par M. Rey, a produits touchant 1596 individus atteints de fièvre jaune à Rio en 1876.

67	comptaient	plus de 4 ans	soit	4,2	p. 100
112	—	de 2 à 4 ans	—	7,0	—
353	—	de 1 à 2 ans	—	22,1	—
428	—	de 6 mois à 1 an	—	26,8	—
626	—	moins de 6 mois	—	39,9	—

En comparant ces deux données, nous voyons qu'on ne peut établir aucune règle commune; en effet, les atteints de la première année sont de 66,7 p. 100 d'après le Dr Torres Homen, et de 87,3 d'après le Dr Lota. La raison de ces différences tient, je crois, un peu à l'infériorité des chiffres qui regardent la Martinique, mais surtout assurément à la différence de composition de la population.

Dans le cas qui nous occupe, c'est surtout aux chiffres du Dr Lota que nous devons faire attention, car ils nous indiquent que le danger va diminuant dans les proportions suivantes : 87,3 p. 100 dans la première année de séjour; 2,8 dans la seconde; 1,4 dans la troisième; 5,5 dans la quatrième; 2,8 dans la cinquième. Mais les nombres qui ont servi à cette évaluation seraient-ils de plusieurs centaines au lieu d'être de 72 que nous ne serions pas renseigné encore d'une manière précise sur les chances que l'on a d'être atteint par la maladie

suivant le temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays ; en effet, remarquons qu'il s'agit ici seulement des militaires et des marins dont le temps de séjour n'est pas comparable à celui de la population civile. Si nous faisions à un moment donné un recensement pour être fixé sur la question de ce temps de séjour dans les diverses classes de la population, nous trouverions peut-être que le 80 p. 100 des soldats n'est dans la colonie que depuis un an, tandis que dans la population civile c'est le 20, le 40 p. 100 peut-être.

Donc, nous en inférerons que dans les hôpitaux militaires la fièvre jaune s'observe surtout chez les nouveaux arrivés, mais nous n'aurons pas à entrer dans des spécifications plus précises et plus généralisées, car souvenons-nous que Dutrouleau écrivait dans son rapport du 3e trimestre de 1852 (Saint-Pierre) :

« J'avais pensé que les militaires ayant cinq ou six ans de colonie seraient en grande partie préservés de la fièvre jaune. Erreur ! Les plus anciens comme les plus récents dans la colonie ont été frappés. »

Prédisposition suivant les professions

A priori on peut admettre que les professions exercent une influence notable sur les chances que l'on a d'être atteint, il suffit de rappeler que, dans certaines épidémies, le nombre de médecins, d'infirmiers ou de sœurs de charité frappés par le fléau a été, toutes choses égales d'ailleurs, plus grand que celui des autres classes de la société, pour en donner une preuve.

On a noté que les matelots du commerce dans la marine, que les artilleurs et les ouvriers de la compagnie hors-rang dans l'armée, sont plus atteints que les autres, toutes choses égales d'ailleurs. Dans la marine de l'Etat, comme dans celle du commerce, on a constaté que tel navire était plus sévèrement touché que tel autre. Dans les garnisons, même chose s'est montrée pour une compagnie, une chambrée, etc., etc.

Dans les cas précités, il y a eu le plus souvent quelque chose de plus spécial que la profession, des conditions d'infection de milieu sont intervenues, je crois, avec plus de poids que celle de la profession, de sorte que, pour étudier la question avec fruit, il faudrait tenir compte de maints détails que nous ne possédons pas.

On a dit que, dans les épidémies, c'est la garnison qui fournit le plus d'atteintes à Fort-de-France et la marine marchande à

Saint-Pierre; je dois signaler qu'on n'a formulé là qu'une banalité, car, en effet, il y a 600 soldats pour 100 matelots du commerce à Fort-de-France, et peut-être 800 matelots pour 100 soldats à Saint-Pierre, de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'on voie une population différente dans les deux hôpitaux.

Influences morales

Les influences morales sont puissantes en temps d'épidémie pour faciliter, sinon produire de toutes pièces l'explosion de la maladie; on a incriminé avec raison la colère, la tristesse, la peur.

Moreau de Jonnès raconte à ce sujet une anecdote extraordinaire, bien faite pour montrer la pernicieuse influence de la peur: Un officier meurt de la fièvre jaune à l'hôpital et son cadavre se décompose avec une si grande rapidité qu'on est obligé de l'enterrer aussitôt et sans aucun apprêt; mais comme l'enterrement était commandé pour une heure déterminée, on garda le secret sur l'inhumation précipitée et on fit rendre les honneurs militaires à un cercueil vide. Pendant que le cortége militaire suivait ainsi cette caisse sans cadavre, un officier s'approche de Moreau de Jonnès qui, en sa qualité d'aide de camp du gouverneur, conduisait le deuil et lui dit qu'il est dangereux pour la santé publique d'avoir tardé si longtemps d'inhumer le défunt, car il sort du cercueil des émanations putrides extrêmement pénibles pour l'odorat. Moreau de Jonnès voyant que le malheureux était frappé vivement, le désabuse, lui révèle la supercherie, espérant le convaincre qu'il n'y avait aucun danger; peine inutile, l'officier rentra chez lui poursuivi par cette odeur imaginaire et bientôt après il fut atteint et succomba.

Influence des excès

Les excès ont été considérés comme capables de favoriser l'explosion de la maladie chez un individu paraissant bien portant jusque-là, et l'assertion de Guyon, qui prétendait que l'usage et presque l'abus des liqueurs fortes prémunit contre la fièvre jaune ou au moins diminue la gravité des atteintes est absolument controuvée par d'innombrables faits.

On a cité des faits montrant l'influence pernicieuse d'un refroidissement, d'une exposition au soleil, d'une indigestion, de l'ingestion d'une boisson froide, etc., toutes conditions si faci-

lement compréhensibles que nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur leur compte.

Coup d'œil synthétique sur les conditions inhérentes aux individus.

Ici encore nous avons besoin de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les conditions dont nous venons de parler, et nous dirons qu'il en ressort très-clairement que l'étranger est, toutes choses égales d'ailleurs, l'aliment le plus propice à la maladie; l'Européen ou pour parler plus exactement, l'homme né dans la zone tempérée est celui qui est le plus facilement attaqué par la fièvre jaune. On pourrait faire une table de l'aptitude dans laquelle le nègre créole serait au rang le plus favorisé et l'homme des régions polaires le plus exposé à ses coups funestes. Les diverses races, les diverses nationalités viendraient se ranger ainsi l'une derrière l'autre, suivant leur ressemblance plus ou moins prochaine avec les nègres créoles. Mais n'oublions pas de le signaler de prime abord, il y a un autre facteur qu'on aurait le plus grand tort de négliger à coté de celui-là, c'est celui de l'intensité de l'épidémie : et en effet cette intensité variable fait qu'à certains moments les individus qui ont quelques bonnes conditions à leur acquit, c'est-à-dire les blancs qui sont dans le pays depuis longtemps, ceux qui vivent dans les lieux élevés, etc., sont assez souvent épargnés tandis que, dans d'autres conditions, le nègre créole lui-même court déjà quelques dangers, le métis davantage, le blanc, même acclimaté beaucoup plus, et enfin l'étranger est terriblement menacé.

C'est par la pondération exacte de ces deux conditions qu'on peut se faire, je crois, une idée approchée de l'étiologie de la fièvre jaune. La question, si obscure par ailleurs, s'éclaire d'une manière assez favorable dès lors, sans cependant que nous puissions nous flatter d'être bien avancés encore dans la connaissance des causes de la maladie.

Transmission.

A proprement parler, la transmission de la maladie rentre dans la catégorie des conditions inhérentes aux individus, et à ce titre nous ne devrions pas en faire un paragraphe aussi séparé. Mais c'est une question si importante dans l'histoire des causes de la fièvre jaune, que nous avons dû l'isoler pour la bien faire saillir.

Dieu seul sait le chiffre des volumes qui ont été écrits sur ce sujet sans que la lumière ait pu se faire, et j'ajouterai que le temps n'est pas loin encore où celui qui prenait la plume pour s'occuper de ce point de science était le plus souvent entraîné dans une polémique des plus ardentes. Il y avait deux camps, celui des contagionistes et celui des non-contagionistes; les arguments scientifiques, les sarcasmes, les allusions blessantes, tout enfin était de mise dans la lutte, car il n'y avait pas des contradicteurs, mais bien des ennemis acharnés en présence.

Aujourd'hui la passion s'est heureusement éteinte et on peut entrer dans la discussion, avec moins de chances d'en sortir meurtri par les objections de ceux qui ne partagent pas l'opinion que l'on formule; je dirai plus, le moment est bien proche, s'il n'a pas sonné même, où la question sera jugée à l'unanimité dans un des deux sens : celui de la contagion, de telle sorte que ces ardentes discussions des temps passés ne sont plus que d'étonnantes curiosités pour le lecteur.

Si nous écrivions l'histoire générale de la fièvre jaune, nous aurions mille choses à dire touchant la discussion si longue et si envenimée souvent qui a eu lieu au sujet de la transmission de la maladie, mais dans le cas spécial où nous sommes placé nous pouvons ne pas entrer dans de bien longs débats à ce sujet.

Il est presque inutile de dire que, du temps du père Labat, la fièvre jaune était considérée comme contagieuse; il suffit de rappeler que pendant plus d'un siècle on l'a appelée « la contagion, » pour renseigner sur la pensée qu'avaient nos ancêtres là-dessus. Puis les théories médicales en faveur firent rejeter cette idée, et le long débat commença. Nous pourrions trouver dans les livres des plus chauds adversaires de la transmission de la fièvre jaune, des arguments irrésistibles en faveur au contraire de cette transmission, mais ce serait à tort, je crois, que nous reprendrions en détail une discussion si brillamment élucidée déjà par Dutrouleau, et par conséquent il me semble que le mieux est de renvoyer tout d'abord le lecteur au livre si remarquable de notre éminent prédécesseur (p. 371 à 384).

Ceci étant dit, pour avoir le droit d'être plus bref dans notre étude, nous ajouterons que la question de la transmission se partage dans l'histoire des épidémies de la Martinique en deux parties bien distinctes : A. Importation de la maladie du dehors; B. Propagation de l'épidémie d'un point à un autre de la colonie. Nous avons déjà parlé longuement de ces points

dans le chapitre second ; il ne nous reste presque plus qu'à poser des conclusions ici.

A. *Importation de la fièvre jaune à la Martinique.*

Il est incontestable que dans nombre de cas la fièvre jaune a été apportée du dehors; les faits sont tellement probants pour ce qui est de la Martinique, si évidents pour ce qui est de maints autres pays (citons entre mille l'épidémie de Saint-Nazaire si remarquablement étudiée par Melier), que nous admettrons *a priori* que la prudence commande péremptoirement, toutes choses égales d'ailleurs, de considérer cette importation comme l'une des plus puissantes causes de l'explosion des épidémies de fièvre jaune dans la Martinique.

Cette importation est-elle le seul mécanisme de ce développement épidémique? Voilà ce que nous ne pouvons démontrer ni contredire, on l'a vu dans la longue discussion que nous avons faite précédemment, et par conséquent nous restons ici sans réponse. Mais remarquons que, quelque fâcheuse que soit notre indécision sous le rapport théorique, la question pratique n'en est pas moins parfaitement élucidée. Il suffit, en effet, qu'on sache qu'une fois au moins la fièvre jaune a pu être importée, pour que désormais on ait le devoir de surveiller incessamment les arrivages, prenant des précautions sanitaires de tous les instants et sans se relâcher de la plus stricte sévérité.

B. *Propagation de la maladie dans l'île.*

Ici les faits de transmission sont si nombreux, les exemples de contagion si frappants qu'on ne saurait les mettre en doute, et bien qu'on pût à la rigueur soutenir l'opinion que la maladie est née spontanément dans tel ou tel endroit, il n'en est pas moins vrai que la transmission doit être incriminée comme la cause ordinaire de la propagation.

M. Cornillac cite (p. 276) un fait frappant touchant la transmission de la maladie. Un navire du commerce la *Nelly Mathilde* restait, aux premiers jours du mois d'août 1857, le seul navire présentant encore des cas de fièvre jaune ; il était mouilé à l'extrémité de la ligne de mouillage sous le vent, et on recommandait aux autres navires de ne pas communiquer avec lui. Le second du navire l'*Alexandre* va souper à plusieurs reprises la nuit à bord de la *Nelly Mathilde ;* le 19 août il fut pris et mou-

rut le 26, constituant, par parenthèse, le dernier mort de cette épidémie. Le 29 août, l'*Alexandre* partit pour le Havre et peu après son appareillage la fièvre jaune éclatait à bord emportant le capitaine et plusieurs matelots.

Voici un autre fait, signalé par M. Cornillac, où la transmission de la maladie est clairement indiquée : le baleinier la *Pallas* arrive à Fort-de-France en avaries vers le milieu d'avril 1858. Pendant qu'il se réparait, on envoie de Saint-Pierre, où il y avait quelques cas de fièvre jaune, un navire nommé le *Célestin* qui vient l'accoster pour prendre son huile. Ce *Célestin* avait eu tout son monde malade de la fièvre jaune; le second et trois matelots en étaient même morts : le dernier cas de maladie à bord datait du 3 avril. Le 22, le *Célestin* arrive à Fort-de-France, et accoste la *Pallas*; le 25, deux hommes de ce dernier navire sont atteints et en peu de jours l'équipage entier, composé de 23 hommes, fut infecté et perdit plusieurs malades du typhus amaril.

Un matelot du vapeur de l'État le *Cocyte* allant s'enivrer la nuit avec des hommes de la *Pallas*, est pris à son tour et introduit la maladie dans l'équipage de ce navire; enfin une goelette américaine, la *Martha streammer*, mouillée pendant 36 heures sous le vent du *Célestin* et à peu de distance de lui, fut prise peu de jours après de la fièvre jaune et perdit trois de ses matelots.

En 1838, sur 13 sœurs de Saint-Paul qui étaient à l'hôpital de Saint-Pierre, il en mourut 6; tandis que sur 30 sœurs de Saint-Joseph qui étaient dans des pensionnats d'enfants, il n'en mourut que 3.

Nous avons cité le fait du gendarme Nicolas envoyé à la Rivière blanche et y portant la fièvre jaune. Nous connaissons l'événement du Morne rouge et nous pourrions donc rapporter ici un nombre considérable d'exemples qui n'auraient en définitive aucune utilité, puisque la chose est jugée et ne rencontre pas de contradicteurs. A fortiori, n'irons-nous pas rechercher des preuves dans les épidémies étrangères à la Martinique. On sait bien que nous trouverions à la Guadeloupe, à la Vera-Cruz, à Cayenne, à Saint-Nazaire, à Malaga, Barcelone, Gibraltar, Lisbonne, etc., mille faits probants pour un. Qu'il me suffise de citer celui-ci : Dans l'épidémie observée par Bally, François et Pariset (p. 498), il est dit que six couvents de femmes comprenant 127 religieuses, se tenant en dehors de toute communication, n'eurent pas une seule malade; quatre autres contenant 103 femmes ayant des relations avec l'extérieur en perdirent 31.

Nous arrêterons donc ici cette trop longue discussion en faisant cet aveu que nous ne savons pas si la fièvre jaune peut naître spontanément dans l'île de la Martinique, ou bien a toujours besoin d'y être apportée du dehors. Nous croyons bien pour notre part que la fièvre inflammatoire peut s'aggraver jusqu'à constituer le véritable typhus amaril et acquérir une puissance de transmission qui fait naître sur place une véritable épidémie. Mais ce n'est là qu'une vue de notre esprit, une présomption que nous ne sommes pas en mesure de soutenir par des faits capables d'entraîner l'opinion.

Mais remarquons que cette indécision touchant les choses de la théorie n'implique aucune hésitation, aucune modification dans les faits pratiques, c'est-à-dire dans la conduite que doivent tenir l'autorité et le médecin à l'égard du typhus amaril, et en effet, puisqu'il est prouvé que la fièvre jaune peut être apportée du dehors, il faut, comme nous l'avons dit, appliquer sévèrement les mesures sanitaires vis-à-vis des arrivages dans tous les cas.

En outre, puisqu'il est démontré que la maladie se transmet par les communications d'un point à un autre de l'île, en temps d'épidémie, il faut appliquer des mesures de précaution entre les diverses localités de la colonie, le cas échéant. En un mot, il faut considérer la fièvre jaune comme contagieuse et appliquer l'isolation, la quarantaine dans certaines conditions et certaines limites depuis le dehors jusqu'au cœur même du pays pour s'opposer pas à pas, pour ainsi dire, à ses envahissements.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des moyens à employer pour cela ; nous nous en occuperons dans un chapitre ultérieur, traitant de la prophylaxie. Pour le moment, nous pouvons arrêter ici le chapitre de l'étiologie en faisant l'aveu de notre ignorance touchant bien des points de l'histoire de la maladie, mais en affirmant que la doctrine contagioniste est la plus prudente, et capable de réduire les coups du fléau à ses moindres proportions. Par conséquent elle doit être la base des dispositions pratiques que l'autorité doit faire prendre contre la menace ou les atteintes de la maladie.

CHAPITRE VI

—

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations que présentent les cadavres des individus morts de fièvre jaune sont assez remarquables à la vue, pour avoir frappé de bonne heure les observateurs, médecins et gens du vulgaire. Dans le courant du siècle dernier, on s'occupa de ces altérations avec grand soin, espérant trouver dans l'ouverture des cadavres des indications utiles pour le traitement de cette terrible maladie qui défie trop souvent jusqu'ici les efforts de la médecine. Les recherches microscopiques faites dans le courant de celui-ci ont assez bien fait connaître cette anatomie pathologique pour ce qui est des lésions que la vue simple révèle. Les investigations de l'histologie ne font pas défaut non plus à l'anatomie pathologique de la fièvre jaune, mais cependant elles sont encore si peu nombreuses qu'on est en droit de faire des vœux pour que de nouveaux travaux soient produits sur ce sujet.

Suivant pour la fièvre jaune les errements que j'ai suivis dans mes études de pathologie exotique, j'ai recueilli toutes les observations qui sont consignées dans les hôpitaux dont j'ai eu la direction. Je suis arrivé, pour le cas spécial qui nous occupe, à rassembler 551 autopsies dont je me servirai pour contrôler les diverses assertions formulées par nos prédécesseurs touchant l'anatomie pathologique de la maladie, je ferai appel aussi aux investigations histologiques fournies par les médecins américains, brésiliens, portugais et enfin à celles de quelques-uns de nos jeunes camarades de la médecine navale, les docteurs Crevaux, Burot, Hache, qui ont observé avec grand soin l'épidémie de 1877 à Cayenne et au Maroni.

Dans le remarquable livre de Dutrouleau nous trouvons (p. 598) le tableau synoptique suivant touchant 63 autopsies faites à Lisbone lors de l'épidémie de 1857 et rapportées par le docteur Alvarenga :

(*Gazette médicale de Lisbone*, mai et juin 1857).

Peau : teinte jaune générale, 46 ; partielle, 7 ; nulle, 10 ; ecchymoses, 13.

Méninges cérébrales : congestion, 25 ; infiltration séreuse, 14 ; état normal, 31.

Méninges spinales : congestion, 8 ; infiltration séreuse, 1 ; état normal, 54.

Encéphale : sérosité dans les ventricules, 16 ; congestion, 30 ; induration, 9 ; ramollissement, 17 ; état normal, 18.

Moelle : congestion, 5 ; induration, 3 ; ramollissement, 4 ; état normal, 51.

Péricarde : liquide jaune, 5 ; sanguinolent, 1 ; citrin, 1 ; blanchâtre, 1.

Cœur : capacité augmentée, 9 ; diminuée, 4 ; flacidité notable, 12 ; consistance très-grande, 4 ; taches rouges, 1 ; endocarde jaune, 20.

Larynx et trachée : congestion, 3.

Poumons : congestion, 49 ; ecchymoses, 5 ; hémorrhagie diffuse, 3 ; état normal, 10.

Estomac : muqueuse *couleur* rouge, 20 ; noirâtre, 2 : grisâtre, 1 ; jaune, 1 ; normale, 39 ; *consistance* augmentée, 1 ; diminuée, 12 ; normale, 50 ; épaisseur augmentée, 12 ; diminuée, 1 ; normale, 50 ; *liquides contenus*, couleur rouge, 10 ; noire, 33 ; grisâtre, 10 ; jaune, 5 ; normale, 5.

Intestins : *muqueuse*, *couleur* rouge, 9 ; noirâtre, 6 ; jaune, 3 ; normale, 45 ; *consistance*, augmentée, 1 ; diminuée, 5 ; normale, 56 ; *épaisseur* plus grande, 4 ; *liquides contenus*, couleur rouge, 6 ; noire, 43 ; grisâtre, 3 ; jaune, 8 ; blanchâtre, 1 ; normale, 2.

Rate : *volume* augmenté, 4 ; diminué, 16 ; normal, 43 ; *consistance* augmentée, 1 ; diminuée, 6 ; normale, 56.

Foie : *couleur* jaune, 58 ; obscure, 2 ; normale, 3 ; consistance augmentée, 13 ; diminuée, 9 ; normale, 41.

Friabilité : augmentée, 18 ; diminuée, 1 ; normale, 44 ; volume augmenté, 25 ; normale, 38.

Vésicule biliaire : *volume*, augmenté, 15 ; diminué, 13 ; normal, 35 ; épaisseur augmentée, 4 ; *liquide contenu*, foncé, 20 ; sanguin, 13 ; normal, 13.

Reins : *volume* augmenté, 3 ; diminué, 2 ; normal, 58 ; hyper-

hémie, 18; *couleur*, rouge, 6; jaune, 13; normale, 44; *consistance*, augmentée, 1; diminuée, 1; normale, 61.

Vessie : capacité, augmentée, 4; diminuée, 22; normale, 37; *épaisseur*, augmentée, 33; diminuée, 2; normale, 33; *liquide contenu*, nul, 7; jaune, 13; sanguin ou sang pur, 6, noir, 1.

De son côté, notre savant camarade le docteur Corre, médecin très-distingué de la marine, a publié dans la *Gazette des hôpitaux* de 1869, numéro 47, un tableau des lésions trouvées dans 76 autopsies pratiquées à la Vera-Cruz. Nous allons rapporter ce tableau qui peut donner de très-utiles notions sur l'anatomie pathologique de la fièvre jaune.

Habitude extérieure.

Teinte ictérique générale sans degré spécifié, 56; générale peu marquée, 9; partielle, 10; cyanose générale, larges plaques bleuâtres sur fond ictéricié, 1; plaques ecchymotiques au plan dorsal et sur les parties latérales du cadavre, 21; éparses en diverses régions, 23; bourses offrant des plaques livides, 11; offrant des plaques érysipelateuses, 3: ecchymosées, 11; ulcérées, 2; sphacélées 4; sèches, comme parcheminées et présentant de nombreuses gerçures, 2; infiltrées 1; collections purulentes à la face et au bras droit, 1; parotidite, 1.

Crâne. — Non ouvert, 38; meninges et masse encéphaliques n'offrant rien de particulier, 1; coloration ictérique des meninges sans trace d'injection, 5; du tissu osseux, 1; et injection des meninges, 6; injection simple des méninges, 3; avec pointillé ou sablé cérébral, 13; avec pointillé et ramollissement de la pulpe cérébrale, 4; avec léger ramollissement de la pulpe cérébrale sans injection apparente, 5; sablé de la pulpe cérébrale sans injection des méninges, 1; extravasations sanguines à la surface des circonvolutions, 2; sérosité ventriculaire médiocrement abondante jaune verdâtre, 5; roussâtre, 2; sanguinolente, 6; sérosité extérieure claire, 3; sanguinolente, 5.

Poitrine.

A. *poumons.* — Engorgement hypostatique, 18; congestion médiocre, 12; considérable, 4; avec foyer apoplectique, 2; adhérences pleurales du côté droit, 11; du côté gauche, 13; des deux côtés, 7.

B. *Cœur.* — Tissu propre flasque et décoloré, 27; à teinte ictérique manifeste, 2; d'un rouge vif. 1; coloration jaune des gros vaisseaux et des parties fibreuses du cœur, 25; caillots ambrés dans les cavités du cœur et à l'origine des gros vaisseaux, 31.

C. *Séreuses.* — Plèvres et péricarde ictériciés, 15; sérosité péricardique à teinte prononcée, 6; sanguinolente, 7.

Abdomen.

A. *Estomac.* — *Contenu* nul, 5 ; liquide sans caractère spécifié, 3 ; liquide bilieux, 3 ; liquide jaunâtre avec grumeaux noirâtres, 1 ; matière grise ou brune, 14 ; matière noire à reflet rouge, verdâtre, épaisse et comme boueuse dans deux cas, 24 ; matière noire en caillots, 2 ; liquide semblable à de l'encre, 1 ; liquide jaune rosé, épais, visqueux, 1 ; liquide semblable à une infusion de thé, 1 ; liquide rouge vineux, 2 ; matière marc de café, 18 ; matière chocolat, 1 ; sang clair, 3.

Muqueuse. — Simple injection, 43 ; injection et épaississement, 3 ; et boursouflement, 6 ; et ramollissement 12 ; ecchymoses livides et ramollissement, 1 ; injection et ulcération, 2 ; simple boursouflement, 1 ; simple coloration grisâtre, 3.

B. *Intestin grêle contenu* liquide huileux, 5 ; matière grisâtre, 9 ; matière brune, noire ou gelée de groseilles, 14 ; matière marc de café, 3 ; sang coagulé, 1.

Muqueuse, injection et ecchymoses (?), 10 ; injection et ramollissement, 3 ; injection seule, 12 ; ramollissement seul, 1 ; injection, ramollissement. boursouflement, 1 ; boursouflement seul, 2 ; glandes de Peyer turgescentes (une légèrement ulcérée dans un cas), 7 ; glandes de Peyer injectées rougeâtres, 2.

C. *Gros intestin, contenu* matière bilieuse, 4 ; matière grise, 12 ; matière noire ou gelée de groseilles, 5 ; sang coagulé, 1.

Muqueuse, injection, 8 ; taches ecchymotiques, 10 ; traces de phlogoses et d'ulcérations, 2.

D. *Foie.* — Volume un peu diminué, consistance accrue, forme globuleuse, 1 ; normal, consistance affaiblie, 8 ; augmentée, 17 ; graisseux à la coupe, 13 ; à l'analyse, 1 ; couleur normale ou non spécifiée, 10 ; décoloration, 3 ; couleur jaune-paille, 8 ; couleur chamois ou cuir de botte, 22 ; couleur marron, 2 ; jaune orange, 4 ; jaune avec piqueté rougeâtre, 4 ; jaune avec taches ecchymotiques, 2 ; teinte ictérique, 8 ; jaune verdâtre avec vergetures livides, 1 ; jaune verdâtre avec piqueté orangé, 2 ; olive, 2 ; rouge brun avec piqueté rouge 2 ; rouge lie de vin 4 ; rouge vif, 1 ; brun ardoisé, 1.

E. *Vésicule biliaire*, vide, 7 ; contenant de la bile en faible quantité, 22 ; très-pleine, 23 ; bile épaisse, poisseuse, très-foncée en couleur, 14 ; fluide, 4 ; boueuse, 1 ; muqueuse rougeâtre, 1.

F. *Rate.*—Hyperhémiée volume accru 10 ; ramollissement, friabilité, 15 ; consistance accrue volume normal, 1 ; volume un peu diminué, 2 ; rate livide, 1.

G. *Reins.* — Congestionnés, 31 ; rétractés pâles, 3 ; ramollis friables, 3 ; ictériciés, 11 ; *contenu des bassinets*, sang, 1 ; muco-pus, 7 ; urine purulente, 6 ; urine limpide, 3.

H. *Vessie.* — Crispée vide, 35 ; contenant un peu de liquide 15 ; distendue par l'urine, 20 ; quantité de liquide non notée, 16.

Urine contenue : claire, 8 ; foncée, 5 ; bilieuse, 5 ; trouble comme laiteuse, 6 ; boueuse, 5 ; rougeâtre épaisse, 6 ; sanglante, 1 ; non notée, 16 ; *muqueuse* épaissie, 8 ; plogosée, 18 ; éraillures, extravasations sanguines, 1.

I. *Plexus nerveux organique* examinés 22 fois, injection et tuméfaction des ganglions semi-lunaires, 3.

Avec ces divers documents nous allons essayer de présenter l'état de nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique du typhus amaril.

Habitude extérieure.

L'aspect extérieur des cadavres présente des caractères si spéciaux qu'on peut dire que la vue seule fournirait au besoin des indications précises pour le diagnostic, si les phénomènes morbides qui se sont déroulés dans les derniers jours de la vie n'avaient pas déjà fixé surabondamment le médecin. Le caractère le plus frappant est celui de la coloration de la peau, aussi doit-il nous arrêter tout d'abord. On sait que Dutrouleau disait que la couleur jaune se rencontre si régulièrement qu'on pourrait révoquer en doute une fièvre jaune dans laquelle cette couleur ferait défaut sur le cadavre.

D'autre part, les auteurs ont noté que l'ictère qui n'existait pas pendant la vie se manifeste au moment de la mort, quelques-uns ont remarqué que cet ictère se prononce beaucoup plus après le décès. Toutes ces conditions corroborent donc davantage la pensée que la coloration jaune des cadavres est un caractère pathognomonique du typhus amaril.

Dans les autopsies de M. Corre, la teinte jaune est toujours signalée, dans celles de Dutrouleau, nous trouvons que la teinte jaune est signalée dans le 84 p. 100.

Dans les 551 autopsies, qui servent de base à mon étude actuelle, la coloration de la peau est indiquée 476 fois, c'est-à-dire le 87 p. 100 environ ; or voici les indications que j'ai trouvées : La peau étant signalée comme seulement jaune 306, soit 64 p. 100 ; jaune très-accentué 141, soit 30 p. 100 ; jaune assez accentué 5, soit 1 p. 100 ; légèrement jaune 24, soit 5 p. 100.

Si nous remarquons que dans les autopsies analysées par M. Corre, la teinte jaune est signalée toujours, et que dans les 551 autopsies de la Martinique qui nous ont servi de base, il n'est pas dit une seule fois que le cadavre ne présentait pas de teinte ictérique, nous pouvons en inférer que dans la zone tropi-

cale il y a moins souvent qu'en Europe absence de cette coloration et penser que dans l'immense majorité des cas on peut la considérer comme pathognomonique.

Quant à l'intensité de la coloration, on peut, je crois, penser que dans la moitié des cas elle est très-marquée, et que, dans l'autre moitié, elle est encore très-appréciable, quoique moins foncée de ton.

La disposition de la couleur jaune sur les corps du cadavre a été étudiée par plusieurs médecins; il ressort de leurs observations qu'elle n'est pas uniforme comme dans certaines affections, la fièvre mélanurique par exemple, car cette couleur est plus intense à certains endroits.

Des sugillations ecchymotiques se montrent abondantes sur le plan déclive dans un très-grand nombre de cas, et c'est là un phénomène que Dutrouleau, comme bien d'autres, a voulu étudier. Pour cela il a fait placer sur la table de l'amphithéâtre un certain nombre de sujets sur le dos, sur le ventre ou sur le côté, et il a constaté que ces ecchymoses sont beaucoup plus marquées aux points qui se sont trouvés à la partie inférieure, mais il a observé aussi que certaines régions comme le cou, la verge, le scrotum, les avant-bras, sont marbrés d'ecchymoses quelle que soit la position imposée au cadavre.

La face est très-fréquemment cyanosée, quelques rares fois, elle est turgescente comme on le voit chez quelques noyés, et même alors que la cyanose n'est pas très-accentuée, on voit qu'elle ne fait pas défaut aux ailes du nez, aux pavillons des oreilles, sur les côtés du cou, dans les régions mastoïdiennes. Les conjonctives sont en général plus jaunes que la peau aux points où elle est le plus colorée.

Les mains et les pieds sont cyanosés de leur côté d'une manière plus ou moins marquée, et cette cyanose se retrouve aussi aux parties génitales, sur la verge et le scrotum; ce dernier présente au pourtour de l'anus, les vestiges de cet érythème spécial, de cette excoriation, de ces ulcérations qui ont été signalés pendant la vie.

Les altérations que subit la peau du scrotum dans la fièvre jaune nous ont occupé quand nous avons fait l'analyse des symptômes de la maladie, nous n'avons donc rien à y ajouter ici.

Le ventre est généralement déprimé et comme contracté, tant que la décomposition cadavérique n'a pas commencé, les membres sont dans l'extension, le plus souvent les doigts allongés,

le pouce appliqué contre le bord radial ou la face palmaire de l'index, les pieds étendus sur les jambes. Mais ces caractères qui n'ont rien de pathognomonique jusqu'ici ne méritent pas de nous occuper plus longuement.

Les cadavres présentent parfois, en outre de la couleur jaune qui les caractérise, un phénomène bien propre à les faire reconnaître, c'est l'écoulement soit par la bouche, soit par les fosses nasales de la matière du vomissement noir. Quant à ce qui est de l'écume blanche ou sanguinolente que quelques observateurs ont noté à ces orifices, elle n'a rien de pathognomonique, on le comprend ; elle est plutôt en rapport avec la mort par asphyxie qu'avec la maladie proprement dite.

On trouve souvent des épanchements sanguins sous-cutanés ou intermusculaires dans diverses régions du corps; les sugillations du plan postérieur sont parfois tellement accentuées en certains endroits qu'elles constituent de fortes ecchymoses. Ajoutons que, lorsque la maladie a duré longtemps, on trouve quelquefois que les épanchements sanguins ont subi la transformation pyoïque ou que des phlegmons, des abcès, des gangrènes étaient en train d'évoluer dans les derniers temps de l'existence.

M. Jaccoud pense que ces extravasations sanguines des muscles sont probablement dans la fièvre jaune des altérations inflammatoires du même ordre que celles du typhus.

Lorsque des sangsues ont été appliquées pendant la vie on voit les piqures être entourées d'une aréole ecchymotique plus ou moins large, plus ou moins marquée, souvent très-accusée et souvent encore saignante, même au cas où ces sangsues avaient été mises au début de la maladie et où leur écoulement sanguin avait été tari pendant plusieurs jours. Les surfaces des vésicatoires sont souvent ecchymosées, saignantes ; bref, on voit que le sang a cherché pour ainsi dire toutes les issues et toutes les excuses pour s'épancher au dehors à la période ultime de la vie.

Il n'est pas rare de voir la verge dans un état de demi-érection ou plus ou moins turgescente; souvent aussi une émission de sperme s'est effectuée au moment de la mort.

Dans quelques cas la chaleur du cadavre persiste pendant longtemps. Cornillac (p. 647) dit l'avoir constatée quelquefois huit ou dix heures encore après la mort.

La rigidité cadavérique est phénomène très-fréquent, peut-être même constant, car quoique je ne le trouve signalé que

195 fois sur 551 autopsies, je n'ai pas remarqué que l'absence de rigidité fût notée une seule fois. Cette rigidité cadavérique se développe de bonne heure, elle est très-marquée le plus souvent et elle dure longtemps, ainsi que l'a très-bien fait remarquer Dutrouleau.

Quelquefois la décomposition cadavérique est assez lente, mais dans la très-grande majorité des cas, elle est rapide, et cela pour maintes raisons : d'une part, en effet, la température ambiante la favorise, d'autre part, la nature même de la maladie, les phénomènes de résorption qu'on constatait avant que le sujet n'ait succombé font comprendre que le travail de destruction marche avec une grande rapidité.

Tête.

Dans les 551 autopsies qui ont servi de base à mon étude, j'ai trouvé que 473 fois on a ouvert le crâne, ce qui fait une proportion considérable, on le voit. Qu'on me permette de dire en passant que ce grand nombre d'autopsies de la tête est bien de nature à nous montrer avec quel soin extrême les médecins de la marine présents à la Martinique ont fait le service en temps d'épidémie de fièvre jaune.

La première chose qui frappe après l'aspect congestif des membranes cérébrales et du cerveau, c'est la teinte jaune plus ou moins foncée qu'on trouve répandue dans tous les tissus, teinte jaune due incontestablement à une surabondance de bile dans les liquides, surabondance démontrée par les réactifs.

On ne peut s'empêcher d'être frappé de la similitude de lésions trouvées dans ces 473 ouvertures de crâne, et, en effet, dans toutes on signale 1° une forte congestion des sinus et autres vaisseaux veineux méningiens ; 2° des lésions de l'arachnoïde ; 3° l'augmentation du liquide cephalo-rachidien ; 4° le piqueté congestif et le ramollissement de la substance cérébrale.

Congestion méningienne, la congestion des méninges est généralement très-accentuée ; nous la voyons signalée dans toutes les autopsies de fièvre jaune, et tous les observateurs sont unanimes à la reconnaître comme un des phénomènes constants de la maladie. Cette congestion est telle qu'en ouvrant la boîte crânienne on voit par transparence des lacis veineux très-accusés sur toute la surface encéphalique, tandis que les sinus gorgés de liquide se dessinent comme de vastes ampoules turgescentes.

Il n'est pas rare de rencontrer des caillots dans les sinus cérébraux, mais le plus souvent cependant le sang qu'ils contiennent est extrêmement noir et poisseux ou liquide, la première entaille, la moindre piqûre faite pendant l'ouverture du crâne à ces sinus par un instrument ou par une aiguille osseuse, a de suite pour résultat de faire écouler une quantité relativement considérable de sang.

Quand la dure-mère a été incisée on voit que la choroïde, les plexus, la toile chroroïdienne, la pie-mère sont de leur côté le siége d'une forte congestion ; on voit même dans plusieurs cas des suffusions sanguines siéger ça et là en plaques plus ou moins épaisses, plus ou moins étendues, constituant de véritables hémorrhagies interstitielles.

La sérosité des ventricules et de l'arachnoïde est toujours augmentée de volume. Quelquefois cette augmentation est très-marquée, et bien quelle n'ait pas été déterminée d'une manière précise par des pesées, nous voyons qu'elle a très-souvent, presque toujours frappé les observateurs sur les 473 autopsies que nous avons étudiées ; à ce point de vue nous trouvons que 127 fois cette augmentation de la sérosité cérébro-rachidienne est signalée comme relativement considérable.

Rochoux avait considéré cette augmentation de quantité du liquide aphalo-rachidien, comme une véritable hydropisie des ventricules latéraux du cerveau.

La surface du cerveau dépouillé de ses membranes paraît toujours congestionnée et très-souvent jaunâtre, elle porte assez fréquemment de petits piquetés hémorrhagiques, indice d'une suffusion sanguine qui s'est faite pendant la vie. Les coupes du cerveau révèlent aussi cette congestion par l'aspect sablé ou piqueté de la surface mise à nu.

Savaresi a prétendu que le cerveau était généralement affaissé ; réduit aux 5/6 de son volume, les observateurs ultérieurs n'ont pas retrouvé ce phénomène qui a été tout à fait accidentel.

Un des phénomènes les plus constants que présente la masse encéphalique est le ramollissement, je l'ai trouvé indiqué dans toutes les autopsies et même dans celles où il n'est pas indiqué, il est à penser qu'il existait, car une seule fois j'ai trouvé la qualification de substance cérébrale plus dure qu'a l'état normal ainsi que l'a spécifié Alvarenga dans l'épidémie de Lisbonne.

L'examen histologique du cerveau a montré aux médecins brésiliens qui ont étudié la fièvre jaune à Rio et à Bahia en

1873, 1875 et 1876, que la substance grise a souvent subi en certains points une dégénérence graisseuse, tandis que la substance blanche ne présente rien d'anormal. Les capillaires cérébraux sont de leur côté profondément altérés ; ils présentent la la dégénérescence graisseuses à diverses périodes de son évolution. Nous verrons en parlant de l'estomac, du foie et du cœur qu'il y a dans ces organes une lésion analogue.

Moelle allongée et moelle épinière.

Il est plus que probable que la moelle allongée et la moelle épinière présentent des lésions semblables à celles que l'on rencontre dans l'encéphale ; mais la rareté des autopsies fait que les renseignements que nous possédons jusqu'ici sont très-restreints. Nous dirons seulement que Bally, Audouard et les autres médecins français de l'épidémie de Barcelone en 1823, signalèrent l'abondance de la sérosité rachidienne dont ils firent un phénomène pathognomonique en relation avec la rachialgie du début de la maladie. Pour ce qui est de l'examen histologique, indiquons faute de documents afférents à la Martinique, qu'au Brésil, M. le Dr Gama-Lobo, cité par M. Rey, a trouvé des stries cellulaires graisseuses pareilles à celles des vaisseaux sanguins dans le névrilème d'un filet de la moelle allongée. Le cylindre avait conservé son état normal.

Quant à la moelle épinière, on comprend sans peine que dans une maladie qui a présenté au début de son évolution une rachialgie souvent atroce, des crampes douloureuses, capables de tirer des cris aux plus énergiques, doit être accompagnée d'altérations plus ou moins profondes mais les investigations ne sont encore ni nombreuses ni concluantes,

Thorax.

La cavité thoracique présente dans la fièvre jaune des altérations qui, pour ne pas être pathognomoniques, n'en sont pas moins intéressantes à étudier. Aussi devons-nous successivement parler des plèvres, des poumons, du péricarde et du cœur.

Plèvres.

Les altérations de la plèvre sont en général minimes, souvent nulles. Souvent ces plèvres ont la teinte jaune, signalée pour tous les tissus blancs; quelquefois on rencontre à leur surface ces

petites suffusions sanguines, sous-séreuses, qui constituent soit un piqueté plus ou moins discret, soit une plaque plus ou moins épaisse. Je n'ai pas trouvé dans les autopsies de la Martinique les épanchements sanguins signalés dans les plèvres par quelques auteurs.

Poumons.

Les poumons ne présentent tantôt pas de lésions bien caractérisés, tantôt des traces indéniables d'altérations, si on en croit les observateurs. Nous avons vu précédemment les indications données par le Dr Corre, touchant les faits de la Vera-Cruz. Nous avons vu aussi qu'Alvarenga cité par Dutrouleau, ne les a trouvés normaux que dans 10 cas sur 63 autopsies.

Ajoutons que dans 551 autopsies qui ont servi de base à notre étude, nous avons trouvé 57 fois l'indication de congestion, d'infarctus hémorragiques, d'engouement plumonaire, etc., etc.; et 498 fois l'indication de : poumons sains ou de : rien à noter pour les poumons. Nous devons inférer de cela que dans les 57 autopsies précitées, les altérations étaient très-marquées, mais pour les 498 autres, il est fort probable que l'investigation n'a pas toujours été très-minutieuse ; il est fort admissible que la moitié des cas au moins, un observateur qui y aurait regardé de plus près aurait noté certaines lésions restées inaperçues.

Les lésions trouvées dans le poumon sont assez variables : tantôt c'est une congestion hypostatique en quelque sorte mécanique et résultant du décubitus qu'a eu le sujet pendant les derniers jours ou les derniers moments de sa vie. Tantôt au contraire ce sont des altérations qui ont une autre signification, car, lorsqu'on rencontre, ce qui arrive souvent, de petits infarctus hémorrhagiques constituant des îlots bruns ou noirâtres au milieu des portions du tissu pulmonaire sain et cela sur tous les lobes du poumon, tantôt en avant tantôt en haut, il est incontestable qu'il ne s'agit pas d'une altération due aux lois de la pesanteur.

Si on y regarde avec soin, on trouve dans les poumons deux lésions bien distinctes : A, la congestion, B, l'apoplexie.

Dans la congestion, les vaisseaux sont naturellement distendus par le sang, mais ne présentent pas de solution de continuité, de sorte que les alvéoles pulmonaires restent vides et perméables.

Dans l'apoplexie, les vaisseaux déchirés ont laissé extravaser

le sang qui remplit les alvéoles pulmonaires voisines. Les deux états: congestion et apoplexie sont si bien connus par les médecins longtemps avant qu'ils ne songent à s'occuper de pathologie spéciale, que nous n'avons pas besoin de les déterminer avec plus de soin ici.

Disons seulement que dans les cas d'apoplexie, les infarctus hémorrhagiques sont plus ou moins étendus, ils ont parfois le volume d'un œuf de pigeon et même d'un œuf de poule. Le tissu pulmonaire a perdu là sa perméabilité; il présente cet état que Louis signalait sous le nom de carnification, et il est plus dense que l'eau.

Le sang épanché à travers les déchirures des vaisseaux pulmonaires suit la marche ordinaire à toute extravasation sanguine mise au contact de l'air, et subit par conséquent la transformation purulente, lorsque le sujet vit assez longtemps. Dans ce cas l'autopsie révèle de petits foyers purulents dans les alvéoles, de même qu'après une expectoration sanglante, on a pu constater pendant la vie des crachats louches d'abord, puis purulents.

La surface pulmonaire est parfois le siége de ces petits infarctus superficiels qui se présentent sous forme de piqueté rougeâtre, et cette altération, qui indique une hémorrhagie ou au moins une extravasation sanguine plus ou moins forte, souvent très-minime, se retrouve non-seulement sur cette surface, mais encore dans les bronches de divers calibres, dans la trachée et au larynx, où elles constituent de véritables ecchymoses sous épithéliales. N'oublions pas de signaler ici, comme pour d'autres régions, que la suffusion ictérique est parfois assez accentuée.

Les bronches présentent des traces d'hypérhémie dans quelques circonstances, mais il n'y là qu'une lésion catarrhale sans grande signification.

Nous n'avons rien de précis à dire touchant l'histologie des plèvres des bronches et des poumons, mais il est bien probable que la dégénérescence graisseuse des capillaires que nous avons rencontrée dans l'encéphale et que nous signalerons tantôt en parlant des organes abdominaux, doit se rencontrer ici dans des proportions variables; elle se trouve peut-être en relation avec les petits infarctus apoplectiques dont nous avons parlé.

Péricarde.

Le péricarde présente quelquefois des lésions qui, si elles ne

sont pas pathognomoniques sont cependant assez spéciales à l'affection pour mériter l'attention des observateurs. Même au cas où il ne paraît pas être le siége d'altérations, il présente souvent la teinte jaune commune à tous les tissus blancs et transparents.

Dans les 551 autopsies que j'ai consultées à cet égard, j'ai trouvé 42 fois l'indication d'altérations marquées de la séreuse péricardique. C'est ainsi que tantôt il est dit : la surface extérieure du péricarde est comme marbrée et rougeâtre par transparence, d'autres fois il est signalé que la surface extérieure est rouge ou brunâtre ; en un mot il y a à cette surface extérieure des traces qui indiquent un état anormal. La surface intérieure de ce péricarde a été trouvée malade dans les 42 cas précités ; elle était tantôt rouge et comme dépolie, tantôt brûnâtre présentant une sorte d'ecchymose sous-épithéliale ou une exsudation sanguine sur toute son étendue.

Ces deux états sont démontrés d'une manière évidente par la nature de la sérosité péricardique dont nous allons parler dans un instant, et en effet dans certains cas où la surface du péricarde était rouge ou noire et était évidemment le siége d'une ecchymose ; le liquide péricardique était citrin et ne contenait pas de trace de sang à la vue comme aux réactifs, tandis que, dans d'autres cas, cette coloration rouge ou brune coïncidait avec une quantité plus ou moins grande de sang épanché entre la séreuse et le cœur.

On trouve souvent dans le péricarde une quantité plus ou moins grande de sérosité; 21 fois sur les 551 autopsies précitées je vois l'indication : beaucoup de sérosité péricardique citrine, plusieurs fois la quantité de cette sérosité est évaluée à 60, à 100, à 150 grammes, deux fois même le chiffre de 200 grammes a été atteint.

La sérosité citrine trouvée dans le péricarde contient le plus souvent des proportions notables de bile démontrée par les analyses chimiques.

Quelquefois la sérosité péricardique n'est pas limpide et citrine, mais plus ou moins sanguinolente. Je l'ai trouvée, dans les autopsies précitées, 15 fois colorée plus ou moins par du sang, dans 67 autopsies où la couleur du liquide péricardique a été déterminée, et dans ces quinze cas, souvent le chiffre du liquide a été de 60 ou 80 grammes, mais une fois il a été de 600 grammes. Pour ce cas particulier il y a cette spécification : sang paraissant pur, noirâtre et diffluent, ce qui nous porte à

penser qu'il y a eu dans ce cas une véritable hémorrhagie passive intra-péricardique.

Cœur.

Le cœur présente assez fréquemment dans la fièvre jaune un aspect qui n'est pas l'indice de l'état normal, mais ses lésions n'ont pas encore été assez bien étudiées pour qu'on puisse d'une part éliminer celles qui sont communes à la fièvre jaune et à d'autres affections ; d'autre part apprécier à leur juste valeur celles qui sont pathognomoniques, s'il y en a cependant de cette catégorie.

Le cœur paraît parfois pâle, d'autres fois de coloration normale, quelques rares fois d'un rouge plus ou moins vif. Sa surface est fréquemment chargée de graisse au dire des observateurs, mais on n'a pas suffisamment spécifié encore si, dans ce cas, le tissu adipeux était ou non en excès dans le cadavre, en un mot si cette abondance de graisse est éventuelle, concomitante ou liée de plus ou moins près à la maladie.

M. Crevaux a observé pendant l'épidémie des îles du Salut, que dans les deux tiers des cas il y avait un piqueté hémorrhagique de la base du cœur, le long des vaisseaux coronaires et sur la face externe de l'origine des gros vaisseaux, ce piqueté siége d'après lui, toujours dans le tissus cellulo adipeux et non entre les fibres musculaires du cœur.

On voit assez souvent de petites ecchymoses dans le tissu musculaire du cœur et sur sa surface, moins souvent que sur le péricarde , mais néanmoins il faut être prévenu de leur existence.

Nous ne savons rien encore touchant les variations du volume du cœur dans la fièvre jaune et il est probable qu'il n'y a rien à noter sous ce rapport, car dans les cas où on a noté l'augmentation de ce volume, il est bien probable que c'est à une disposition organique et non au typhus amaril que la chose était due.

Le cœur gauche est assez fréquemment vide, tandis que le cœur droit a généralement du sang en plus ou moins grande quantité et sous forme de caillots noirs et diffluents le plus souvent.

Dans un très-grand nombre de cas, on a signalé des caillots fibrineux plus ou moins décolorés, ayant l'aspect graisseux ou albumineux, au dire des observateurs, dans le ventricule droit. Cette particularité est signalée 124 fois sur 551 autopsies. De

son côté M. Crevaux a trouvé à la Guyane 39 fois sur 41 autopsies le cœur vide, très-ferme, de sorte qu'il y a, on le voit, un écart tel dans les appréciations qu'il est nécessaire d'avoir de nouvelles observations.

L'examen histologique du cœur a été fait par plusieurs observateurs américains, portugais et brésiliens, il a révélé la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires à tous, excepté à M. Crévaux, qui en examinant dans l'épidémie des îles du Salut les fibres musculaires des compartiments de l'organe central de la circulation, dit les avoir toujours trouvées saines, leurs stries transversales étant toujours parfaitement visibles, et la dégénérescence graisseuse faisant absolument défaut. Ces résultats si différents les uns des autres, réclament aussi de nouvelles investigations.

L'aorte a paru avoir subi la dégénérescence graisseuse et son tissu paraissait entièrement athéromateux, dans un cas étudié par le Dr Gama-Lobo, cité par le Dr Rey ; comme tous les tissus elle présente une coloration jaune, manifeste le plus souvent.

Abdomen.

Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est dans l'abdomen qu'on trouve les lésions les plus apparentes, et même, disons plus, les seules pathognomoniques de la fièvre jaune, aussi est-ce ici qu'il nous faut redoubler d'attention pour présenter le tableau suffisamment complet et suffisamment exact des altérations anatomiques que le médecin rencontre dans les nécropsies. Nous allons pour cela passer successivement en revue tous les organes contenus dans la cavité abdominale.

Péritoine.

Le péritoine ne présente en général qu'une teinte jaune, commune à tous les organes et particulièrement à ceux qui, par leur couleur blanche ou leur transparence, permettent l'appréciation facile des modifications de teinte.

Dans quelques circonstances on a trouvé dans le péritoine des suffusions sanguines, sous ou extra-épithéliales se présentant sous des aspects variables, depuis le point jusqu'à la plaque ecchymotique relativement épaisse.

Epiploon et Mésentère.

L'épiploon est en général congestionné plus ou moins et

participe de la couleur jaune générale que nous avons signalée.

Quant au mésentère, en outre de la teinte jaune précitée, il ne présente guère qu'une congestion des veines mésaraïques, dans le plus grand nombre des cas, c'est-à-dire lorsque la mort est survenue assez rapidement pour que les phénomènes, dits typhoïdes, n'aient pas eu le temps de se produire. Dans le cas, au contraire, où ces phénomènes typhoïdes se sont montrés, on a pu constater une augmentatiou de volume, une hypertrophie, une suppuration même des ganglions mésentériques, mais il n'y a là, on le comprend, rien de pathognomonique. Ce sont seulement des phénomènes dépendants de la lésion intestinale commune à certaines formes de typhus amaril et à bien d'autres maladies.

Je ne connais pas d'examen histologique du péritoine, des épiploons ou du mésentère touchant la fièvre jaune. Mais il me paraît fort probable qu'ici comme ailleurs, doit se rencontrer la dégénérescence graisseuse de quelques vaisseaux capillaires qui ont fourni par leur déchirure, les petites hémorragies qui constituent les ecchymoses sous-épithéliales.

Tube digestif.

Le tube digestif présente dans la fièvre jaune des altérations fort intéressantes à étudier. Ces altérations sont variables suivant les épidémies, les individus et probablement même les diverses localités, mais cependant elles diffèrent assez peu d'un cas à l'autre, pour que leur spécialité soit facilement reconnue du premier coup d'œil.

Dans cette étude anatomo-pathologique du tube digestif, on nous permettra de parler séparément des altérations de tissus des divers organes et de la nature du contenu de ces portions distinctes du canal alimentaire. Nous commencerons même par l'étude de ce contenu pour éviter dans notre exposition des redites et des obscurités que nous ne saurions peut-être pas éviter par une marche inverse.

Contenu du tube digestif.

L'étude des matières contenues dans le tube digestif, présente un intérêt de premier ordre, dans la fièvre jaune, car ces matières ont une valeur pathognomonique indéniable, qui a frappé du reste les médecins, les malades et les gens du vulgaire eux-mêmes.

Bouche, pharynx, œsophage.

Lorsque les malades ont vomi noir dans les derniers temps de

leur vie, et lorsque la matière noire de l'estomac est en grande quantité, il arrive souvent qu'on en trouve des traces dans la bouche, le pharynx et l'œsophage. Cependant son absence à la surface de ces organes n'implique rien, sinon qu'il s'est écoulé un certain temps entre la dernière régurgitation mélanhémique et la mort.

On trouve très-fréquemment sur les gencives, la langue, le pharynx des traces d'une hémorrhagie passive qui a existé dans les dernières heures de l'existence, et la matière de ces hémorrhagies, lorsqu'elle n'est pas altérée par le temps écoulé, est assez différente du melanhème ou vomito négro proprement dit, car elle a conservé un aspect plus franchement sanguin.

Estomac.

Le contenu de l'estomac est tellement remarquable dans le plus grand nombre de cas, qu'il a vivement frappé les observateurs. C'est au point que l'appellation de *vomito négro*, *vomito priéto* a été donnée à la maladie.

Le contenu de l'estomac varie peu, c'est en général la substance du vomito négro, parfois du sang rutilant, plus rarement des liquides biliaires.

Voici les diverses désignations que j'ai trouvées en dépouillant les 551 autopsies dont j'ai si souvent parlé dans le cours de ce chapitre.

Vomissement contenant du sang.	noir.	190	soit 35.8	p. 100.
	marc de café.	153	id. 27.7	id.
	chocolat.	109	id. 19.8	id.
	aspect suie de cheminée .	5		
	sanguinolent.	12	id. 2.2	id.
	lie de vin strié de noir. .	2		
	lie de vin.	4		
	noir mêlé à du sang. . .	3		
	— — à des caillots .	3		
	— demi-coagulé . . .	3		
	chocolat mêlé à du sang .	1		
	café au lait	1		
	jaune strié de noir . . .	1		
	gris.	4		
	brunâtre	12	id. 2.2	id.
	brun jaunâtre.	1		
		484	soit 91	p. 100.

Vomissement ne contenant pas de sang.	blanchâtre.	14	id.	2.5	id.
	jaunâtre	28	id.	5.0	id.
	jaune verdâtre	1			
	— verdâtre	3			
	vert clair.	1			
		47	soit 9 p. 100.		

On voit par ce tableau que, neuf fois sur dix au moins, on trouve dans l'estomac des individus qui ont succombé à la fièvre jaune, du sang plus ou moins décomposé, et le liquide contenu dans l'estomac est en quantité variable, depuis une simple couche recouvrant la muqueuse jusqu'à un litre et plus, distendant le ventricule.

Tantôt la matière noire est sans mélange, quelquefois elle est mêlée à de la tisane, du vin, et même à des aliments lorsqu'on a essayé de nourrir le malade dans les derniers jours de sa vie, mais la chose a peu d'importance et ne change en général que fort peu l'aspect du contenu de l'estomac.

Dans les quarante-sept cas où la matière noire a fait défaut dans l'estomac, nous avons vu qu'une fois le liquide blanc dans l'estomac était violet déjà dans le duodenum et devenait de plus en plus brun dans l'intestin, d'autres fois le liquide stomacal était jaunâtre, tandis que l'intestin grêle renfermait de la matière parfaitement noire, de sorte que, comme il est fort possible que l'exsudation sanguine de l'estomac se fût présentée si le sujet avait survécu pendant quelques heures encore, nous sommes porté à croire que la proportion de 91 p. 0/0, loin d'être trop forte, est peut être encore au-dessous de la vérité.

Dans trois cas où le vomissement noir faisait défaut, on a remarqué que le liquide stomacal était constitué par de la tisane et une fois par de l'eau vineuse ingurgitée la veille de la mort, ce qui prouve que dans les dernières heures, l'absorption des matières ingérées est ralentie, peut-être même suspendue. On est porté à penser que l'estomac a perdu beaucoup de sa contractilité dans ces moments, il est devenu comme une poche inerte que distendent les liquides placés dans son intérieur.

En faisant l'analyse des symptômes, nous sommes entré dans des détails assez précis, relativement à la matière du vomissement, pour n'avoir pas à fournir actuellement plus de renseignements sur son compte.

Intestin grêle.

La matière noire signalée dans l'estomac se rencontre très-

fréquemment dans l'intestin grêle ; c'est au point qu'on peut avancer que, dans les trois quarts des cas au moins où le ventricule contient du mélanhème, on retrouve ce mélanhène dans l'espace compris entre le pylore et la valvule de Bauhin.

Pourquoi ne retrouve-t-on pas la matière noire dans l'intestin, toutes les fois qu'elle a été rencontrée dans l'estomac ? L'explication n'est pas difficile à donner, et, en effet, lorsque l'exhalation mélanhémique s'est faite de bonne heure dans l'estomac. elle a eu le temps de gagner les parties inférieures du tube digestif, obéissant aux mouvements péristaltiques de l'appareil. Au contraire, lorsquelle s'est faite à une époque assez rapprochée de la terminaison fatale, elle n'a pas eu le temps de cheminer bien loin, de sortir même du pylore dans certains cas. Cette explication nous fait comprendre pourquoi on trouve plus souvent de la matière noire dans le voisinage de l'estomac, dans le duodenum par exemple, que dans les dernières portions de l'intestin grêle ; et si on se souvient que, dans les derniers temps de la vie ; les mouvements péristaltiques du tube digestif sont lents, faibles et même s'abolissent, chez certains sujets on comprend comment dans plusieurs cas on ne trouve pas que la matière noire ait fait une grande migration relativement au temps qui s'est écoulé depuis son exhalation dans l'estomac.

A mesure que la matière noire d'origine stomacale progresse dans l'intestin grêle, elle se trouve en contact avec les sécrétions biliaire, pancréatique, intestinale, de sorte qu'elle est plus ou moins digérée, qu'on me passe le mot, c'est-à-dire que son aspect se modifie de plus en plus.

Il faut se souvenir aussi que, dans quelques circonstances, l'exhalation sanguine ne se fait pas seulement dans l'estomac, mais aussi dans diverses portions du restant du tube intestinal. On comprend ainsi comment il se fait qu'on retrouve le mélanhème assez loin du ventricule dans certains cas. Quoi qu'il en soit, on voit d'après ce que nous venons de dire : que plus on s'éloigne de l'estomac, moins souvent on rencontre la matière noire.

Gros intestin.

Le gros intestin contient des matières qui varient suivant bien des circonstances ; fréquemment on y trouve de la substance noire plus ou moins altérée, parfois mélangée à des fèces, et quand le sujet a succombé, longtemps après le mo-

ment des hémorrhagies passives on peut ne plus y trouver que des fèces exemptes de toute parcelle sanguinolente.

Ce que nous avons dit du mécanisme de la progression du mélanhème dans le tube digestif, nous permet de ne pas insister plus longuement sur ce qui regarde son existence dans le gros intestin, et en effet le raisonnement et l'observation sont d'accord touchant ce qui se passe dans cette partie du tube digestif.

On rencontre assez fréquemment des lombrics dans l'estomac et l'intestin, mais ils n'ont absolument aucun caractère pathognomonique ; ils se trouvent là comme dans une infinité d'autres maladies, — plus souvent peut-être dans les régions inter-tropicales, que dans les pays froids, mais cependant la preuve absolue de cette supposition manque encore jusqu'ici.

Trame des organes.

La trame organique des diverses parties du tube digestif a subi des altérations plus ou moins profondes dans la fièvre jaune, aussi avons-nous besoin de passer encore en revue les divers départements de ce tube digestif d'une manière séparée.

Bouche, pharynx, œsophage.

Les lésions observées dans la première portion du tube digestif ne sont pas constantes et n'ont pas un caractère pathognomonique bien accentué. Quelquefois, il est vrai, on trouve les lèvres fendillées, et ayant fourni une hémorrhagie passive pendant la vie. — D'autres fois elles sont comme dépouillées de leur épithélium, de telle sorte que la muqueuse est comme amincie, dépolie, etc., etc. — Parfois les gencives sont gonflées, ramollies, tuméfiées ayant fourni de leur côté aussi des hémorrhagies.

Le pharynx présente comme l'œsophage, l'estomac et d'ailleurs tout le tube digestif, de petites congestions, des ecchymoses sous-épithéliales et même souvent de petites ulcérations.

M. Crevaux a trouvé dans l'épidémie des îles du Salut l'enduit gingival précité, cet enduit recouvrait des gencives tuméfiées dans les cas légers et présentant de petites ulcérations dans les cas graves.

La langue est blanchâtre ou rôtie, comme on dit, couverte de fuliginosités, de caillots, dépouillée de son épithélium. Même chose à dire pour le voile du palais ; mais, on le comprend, il

n'y a là rien de bien spécial à la maladie et d'ailleurs dans plus d'un cas ces diverses altérations font défaut. Disons aussi qu'on ne regarde pas souvent en détail ces régions dans les autopsies, de sorte que les renseignements sont encore assez vagues sous ce rapport.

La muqueuse du pharynx et de l'œsophage apparaît souvent quand elle a été debarrassée de ses mucosités d'un rose plus ou moins vif, indice d'une légère hypérémie pendant la vie. On l'a vue être le siége d'une hémorrhagie passive, mais comme pour la bouche, les altérations dont il est question ici, n'ont pas appelé l'attention d'une manière suffisante jusqu'à présent.

L'examen histologique de ces divers organes épi-stomacaux n'est pas encore venu à notre connaissance ; mais comme pour l'encéphale et les organes contenus dans le thorax, nous pensons que la dégénérescence graisseuse des capillaires à un degré plus ou moins avancé doit être la lésion habituelle et probablement constante.

Estomac.

L'estomac est malade dans la fièvre jaune, la chose ne pourrait être contestée, mais cependant nos connaissances à ce sujet sont moins avancées encore qu'on ne le penserait de prime abord, parce que longtemps on a considéré comme appartenant à la fièvre jaune des lésions qui dépendent purement de l'alcoolisme.

Dans les autopsies qui sont venues à ma connaissance, j'ai toujours trouvé l'indication de quelques lésions dans le tube digestif des individus qui ont succombé à la fièvre jaune, et j'ai pu tracer en les dépouillant le tableau suivant qui montrera la fréquence proportionnelle des altérations que présentent les diverses portions du canal intestinal.

Estomac malade et intestins sains.	43	soit	7,8 p. 100
— et duodénum malade le restant du tube digestif sain	43	—	7,8 —
— et intestin grêle malade, ce dernier l'étant de moins en moins à mesure qu'on avance vers la valvule iléo-cæcale.	375	—	48,1 —
— et intestin grêle malade présentant en outre des lésions de la catégorie précédente une altération des glandes de Peyer depuis l'hypérémie jusqu'à l'ulcération.	23	—	4,2 —
Lésions dans tout le tube digestif.	67	—	12,1 —
	551		

Comme nous avons à parler ici de l'estomac seulement, nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les indications que donne ce tableau. Nous y reviendrons tantôt, après avoir passé en revue les divers départements du tube digestif.

Si nous nous reportons à ce qu'ont dit tous les médecins qui ont fait des autopsies de fièvre jaune avec grand soin, et si nous nous rappelons surtout des indications fournies par l'histologie, dans ces dernières années, nous sommes porté à penser que, dans la maladie qui nous occupe, la muqueuse stomacale a subi de profondes altérations, et que, même au cas où on voit noté dans une autopsie cette mention : estomac sain, sans plus de détails, il faut penser que cet estomac présentait des altérations plus ou moins profondes.

L'état de la muqueuse stomacale est assez difficile à apprécier exactement dans les autopsies qui se font dans les colonies, car l'alcoolisme est très-généralement répandu dans les classes qui fournissent leur contingent à la fièvre jaune, et on doit souvent encore de nos jours noter, comme l'ont fait si longtemps nos prédécesseurs, des lésions de la gastrite alcoolique au passif des véritables lésions de la maladie que l'on étudie.

Ces réserves étant faites, nous dirons que les lésions de la muqueuse stomacale consistent dans la fièvre jaune, soit en des arborisations, des piquetés hémorrhagiques, des ulcérations, soit en un ramollissement plus ou moins accentué.

Il n'est pas rare de trouver des arborisations sanguines plus ou moins accentuées sur divers points de la muqueuse stomacale, et comme ces arborisations ont été observées chez des individus qui n'étaient sûrement pas alcooliques, on est obligé de reconnaître que, dans certains cas, elles constituent une lésion pathognomonique de la fièvre jaune. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que nous trouvions ici les ecchymoses, les suffusions sanguines, sous ou intra-épithétiales que l'on rencontre dans la plupart des autres organes. Bien plus, si nous songeons à la fréquence du vomissement noir, nous comprenons facilement que ces arborisations, ecchymoses, suffusions sanguines, piquetés hémorrhagiques, doivent se rencontrer fréquemment. Maintes fois on voit, au centre des arborisations stomacales, des vaisseaux capillaires érodés et présentant encore un peu de sang à leur lumière, indice de l'exhalation sanguine qui a constitué le vomissement noir. Les arborisations sanguines sont parfois si accentuées et si brunes qu'elles ont été prises pour une véritable gangrène localisée à certains endroits.

Nous avons donc, dans ces arborisations sanguines, une première lésion pathognomonique de la maladie; mais il faut reconnaître que, dans plusieurs cas, ces arborisations font défaut sans cependant qu'on puisse dire que la muqueuse stomacale était saine. C'est ainsi, par exemple que, bien qu'il soit très-difficile d'apprécier le degré de résistance normal de la muqueuse stomacale, les observateurs ont souvent constaté un état plus ou moins prononcé de ramollissement. Ce ramollissement a pu aller, dans quelques rares circonstances, jusqu'à la transformation de la couche superficielle en une portion véritablement gélatiniforme, susceptible d'être séparée par le lavage ou un râclage peu vigoureux des parties sous-jacentes. Cet état a été décrit depuis bien longtemps, et les observateurs du siècle dernier avaient remarqué déjà que quelquefois on dirait que la surface intérieure de l'estomac a été dissoute par le contact prolongé d'un alcali énergique.

Souvent la muqueuse stomacale est dépolie, privée de son épithélium, comme le serait, par exemple, une surface muqueuse qui aurait été ébouillantée. Enfin, disons que, dans maintes circonstances où cette muqueuse avait paru saine de prime abord, ou à des observateurs superficiels, un examen plus approfondi a montré que çà et là, dans les environs des plis et rides que l'on rencontre d'après le réseau, il existait des altérations souvent plus profondes qu'on ne l'aurait cru au premier aspect.

Dans le cours de l'épidémie de 1877, au Maroni, le docteur Hache a fait plusieurs préparations histologiques de l'estomac sur des individus ayant succombé dans le service de notre ami le docteur Burot. Voici la note que M. Bonnet, médecin principal de la marine, très-versé, comme on sait, dans les études micrographiques, a bien voulu me donner touchant ces préparations.

« Lésions identiques à celles que l'on observe dans les gastro-entérites de moyenne intensité; tubes glandulaires déviés, déformés, atrophiés, infiltration cellulaire ganglionaire dans les espaces inter-glandulaires agrandis, mais surtout dans la portion sous-glandulaire de la muqueuse où en quelques points isolés elle est portée à son maximum. Dans l'une des préparations, vaisseaux sanguins de la muqueuse, très-nombreux et gorgés de sang.

« Tunique celluleuse peu altérée, lignes de congestion vasculaire, — tuniques musculeuses et séreuses normales. Il eût été bon de savoir si ces deux préparations de l'estomac appartien-

nent à la partie pylorique ou à toute autre portion. Les cellules épithéliales me paraissent appartenir plutôt à des glandes muqueuses qu'aux tubes à pepsine. Dans ce dernier cas, les cellules à pepsine auraient subi une véritable atrophie. »

L'histologie de la muqueuse stomacale a révélé même, dans les cas où cette membrane ne paraissait pas bien malade, des altérations assez profondes : d'une part, une dégénérescence graisseuse des vaisseaux capillaires. D'autre part, une dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales des glandes stomacales. — M. Crevaux a trouvé ces lésions dans toutes ses investigations aux îles du Salut, et il les considère comme pathognomoniques de la fièvre jaune, opinion que nous partageons entièrement.

La dégénérescence graisseuse des vaisseaux capillaires de l'estomac explique pourquoi il y a si souvent des exsudations sanguines dans cet organe pendant la seconde période de la maladie, et comment il se fait que dans tant de cas on a signalé des arborisations, des ecchymoses, des suffusions sanguines, dans la muqueuse. Nous comprenons en effet que, lorsque la déchirure du vaisseau s'est faite dans un certain point, le sang s'est épanché au dehors, tandis que, dans d'autres circonstances, il s'est produit une simple ecchymose sous-épithéliale plus ou moins étendue.

Pour ce qui est de la dégénérescence graisseuse des cellules qui tapissent les glandes stomacales, nous citerons le passage suivant de M. Crevaux qui l'a décrite avec soin et succès.

« La dégénérescence graisseuse des éléments épithéliaux donne à la muqueuse stomacale une couleur *gris-pâle* qui a été signalée par MM. Cornil et Rouvier, dans une série de maladies infectieuses fébriles. L'opacité des cellules est augmentée par les nombreuses granulations qu'elles renferment, l'état mamelonné de la muqueuse qu'on observe dans ce cas s'explique par la tuméfaction des cellules qui tendent à devenir globuleux.

Intestin grêle.

L'intestin grêle présente assez souvent des altérations dans la fièvre jaune et ces altérations varient, suivant les cas, dans des limites assez grandes, pour qu'il soit nécessaire d'établir des catégories. Nous avons vu en effet, dans le tableau précédent, que tantôt la longueur tout entière de l'intestin grêle est le siége de lésions également accentuées partout; tantôt au contraire la première partie est plus atteinte ou bien est la

seule altérée. Parfois aussi, en outre des lésions précitées, il y a vers la fin de l'intestin grêle des altérations, des plaques de Peyer qui rappellent parfaitement celles de la fièvre typhoïde.

M. Cornillac a étudié les lésions présentées par l'intestin grêle dans un certain nombre d'autopsies et on voit d'après le tableau suivant les résultats qu'il a obtenus. Je ferai observer que les chiffres proportionnels qu'il donne, touchant les altérations dites typhoïdes, sont sensiblement plus élevés que ceux du tableau que j'ai fourni précédemment. Il est très-probable qu'il y a sous ce rapport des différences d'une épidémie à une autre.

Chiffres donnés par M. Cornillac pour 69 autopsies.

Intestin grêle sain dans la portion supérieure, légèrement arborisé et cyanosé vers la fin de l'iléon	15 cas,	soit 22	p. °/₀.
Muqueuse intestinale totalement pâle, légèrement arborisée quoique en contact avec le mélanhème.	5 —	id. 7	id.
Muqueuse intestinale fortement arborisée, cyanosée dans plusieurs parties de son étendue notamment vers l'extrémité inférieure de l'iléon.	18 —	id. 27	id.
Développement des glandes de Lieberkuhn et de Peyer.	28 —	id. 48	id.
Ulcération des plaques de Peyer	3 —	id. 4	id.
	69 —		

Nous n'avons pas besoin d'entrer dans de longs développements au sujet des arborisations sanguines qui se rencontrent dans l'intestin, car ce que nous avons dit d'elles en parlant de l'estomac, en donne une idée suffisante; tantôt ces arborisations sont répandues d'une manière si uniforme que la totalité ou une partie du tube présente une rougeur qui peut varier du rouge tendre au rouge brun en passant par le rouge cerise; d'autres fois on voit des îlots plus ou moins étendus de surface muqueuse parfaitement saine et des arborisations plus accentuées à coté d'autres qui le sont moins. Nous avons dit qu'assez souvent les arborisations deviennent d'autant plus rares et moins accentuées qu'on s'approche davantage de la valvule iléo-coecale.

La fin de l'intestin grêle présente parfois les lésions de la fièvre typhoïde; on y trouve dans ce cas tous les degrés de ces lésions

depuis la simple rougeur, les taches dites de Rœderer, qui sont un peu comme l'aspect d'une barbe fraîchement rasée; la saillie de quelques follicules plus ou moins confluents, etc, etc, jusqu'à l'hypertrophie, l'induration, l'inflammation, la suppuration des plaques de Peyer; tous phénomènes qu'il nous suffit de signaler sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans plus de détails sur leur compte.

Les intestins sont parfois fortement contractés par places, de telle sorte qu'on voit çà et là une diminution très-remarquable de calibre. Ces rétrécissements spasmodiques vont quelquefois très-loin et sont très-probablement le premier temps des invaginations qui ont été observées sur quelques cadavres morts de fièvre jaune. Disons à ce propos que ces invaginations, bien que très-exceptionnelles, sont probablement un phénomène moins rare que ce qu'on pourrait croire de prime abord, car on note quelquefois pendant la vie des accidents qui autorisent à croire à l'existence de ces invaginations, d'autant mieux que quelque fois la mort a été leur conséquence, et que l'autopsie a révélé l'étranglement interne par intussusception intestinale.

En outre des lésions dont nous venons de parler, il faut signaler que quelques observateurs ont noté un aspect particulier qu'ils ont comparé à un amincissement plus ou moins marqué de la muqueuse ou même de toute la partie intestinale, lésion dont on ne comprend pas bien encore la signification. D'autres fois on a rencontré, venons-nous de dire, des invaginations plus ou moins étendues et telles, qu'elles auraient pu devenir une cause d'accidents, de mort même, si le sujet avait vécu suffisamment longtemps.

Ajoutons, pour en finir avec cette partie de notre étude, que les intestins paraissent souvent bleuâtres par transparence; ce qui permet de voir la substance noire qu'ils renferment dès qu'on a ouvert l'abdomen. Quelquefois, quoique plus rarement, les arborisations ont l'air d'être sous-séreuses au lieu d'être sous-muqueuses.

Quant à l'examen histologique, il n'a pas révélé autre chose que ce qui a été noté pour l'estomac, à savoir : A, dégénérescence graisseuse des vaisseaux capillaires; B, dégénérescence graisseuse de l'épithélium glandulaire.

Gros intestin.

Le gros intestin présente quelque fois des lésions dans

la fièvre jaune, mais souvent aussi il est sain. Nous avons vu dans le tableau que nous avons présenté des 551 autopsies étudiées sous ce rapport que cette portion du tube digestif ne nous a paru altérée que dans 67 cas, c'est-à-dire le 12 p. 0 0. Dutrouleau avait déjà observé et signalé ce fait de la fréquence d'une intégrité du gros intestin et il y a là, ajoutons-le, une indication précieuse que le thérapeutiste ne doit pas négliger tant pour l'introduction des médicaments actifs que pour celle des aliments si nécessaires à certains moments de la maladie, la chose est d'autant plus importante que l'estomac a souvent, on le sait, une susceptibilité des plus fâcheuses dans le typhus amaril.

M. Cornillac, dans ses recherches, a trouvé des chiffres sensiblement plus forts que ceux de notre tableau, ainsi qu'on va le voir ; et, pour le gros intestin comme pour l'intestin grêle, nous ferons encore cette remarque qu'il est bien possible qu'il y ait des différences d'une épidémie à une autre,

Voici les chiffres relevés par Cornillac.

Côlons sains.	38	cas,	soit	55	p. 100.
Développement des glandes isolées. . .	5	—	id.	7	id.
Ulcération de ces glandes	2	—	id.	3	id.
Muqueuse arborisée et injectée.	15	—	id.	22	id.
Muqueuse couleur lie de vin.	9	—	id.	13	id.
	69	—			

Parmi les lésions qu'on a signalées dans le gros intestin, il faut éliminer celles qui dépendent d'une maladie antérieure : lorsque par exemple la fièvre jaune survient chez un individu qui avait eu la dysentérie, il y a on le comprend des altérations qui sont purement éventuelles. — Cette distinction étant établie, ajoutons qu'on a signalé parfois des arborisations semblables à celles de l'estomac et de l'intestin grêle, et ces arborisations ont pu aller depuis la simple couleur rosée jusqu'à l'exsudation sanguine ou mélanhémique parfaitement marquée, car on sait que nombre de fois des hémorrhagies passives se sont faites dans cette portion du tube digestif comme dans d'autres.

L'amincissement de la muqueuse ou de toute la paroi, la diminution de calibre de l'organe, les invaginations que nous avons signalées en parlant de l'intestin grêle ont été observées quelquefois, quoique plus rarement pour le gros intestin. Nous ne ferons ici, comme précédemment, que signaler les faits dont

nous ne connaissons pas encore une explication satisfaisante.

Dans le tableau que nous avons fourni précédemment touchant la proportion des lésions dans les diverses portions du tube intestinal, nous voyons, en définitive, que l'estomac est le plus souvent altéré relativement aux autres parties du tube digestif. — L'intestin grêle paraît l'être d'autant moins qu'on observe un point plus rapproché de la valvule, lorsque la maladie n'a pas été compliquée de ces phénomènes qu'on a appelés typhoïdes. Enfin le gros intestin est de tous celui qui est le moins souvent le siége de lésions assez accentuées.

Foie.

Le foie est l'organe le plus profondément atteint, probablement, dans la fièvre jaune. — La coloration ictérique du sujet pendant la seconde période de la maladie pouvait déjà le faire presentir ; les nécropsies ont montré dès qu'elles ont été pratiquées l'exactitude de cette présomption.

Tous les médecins qui ont écrit sur le typhus amaril ont signalé de profondes altérations de foie, et bien avant que l'histologie fut venue apporter son appoint à l'anatomie pathologique, on avait décrit des lésions très-apparentes déjà. — Les investigations récentes ont singulièrement accru nos connaissances à cet égard.

Dans les 551 autopsies qui ont servi de base à cette étude, l'état du foie est indiqué 473 fois. — Or, nous n'avons trouvé que trois désignations qui puissent laisser place à quelque doute sur l'état d'intégrité de l'organe, 470 fois il est spécifié que la glande hépatique était malade. — Voici d'ailleurs le détail de ces 473 autopsies.

Foie jaune foncé, jaune verdâtre, jaune pâle, aspect foie de volaille cuit jaune tendant au gris, dans tous les cas cassant, exangue.	448	soit 95	p. 100.
— jaune gorgé de sang	22	— 4	id.
— bleuâtre, violet, noir, saignant.	3	— 1	id.
	473		

Il va sans dire et signalons-le, avant d'aller plus loin, que maintes conditions peuvent influer sur l'état du foie dans certains cas de fièvre jaune ; et en effet celui qui est atteint par le typhus amaril peut être un alcoolique avec début de cirrhose ; tel autre peut avoir un commencement d'hépatite avec ou sans suppuration ;

un autre peut être impaludé. Mais ce sont là autant d'exceptions qui disparaissent dans la masse, quand on opère sur des chiffres quelque peu étendus. — Nous ne faisons donc que les signaler sans nous arrêter davantage sur leur compte.

Le foie est-il ou non augmenté de volume dans la fièvre jaune? La chose a été résolue différemment par les divers observateurs. Il est bien possible que cette divergence d'appréciations, quelque absolue qu'elle paraisse être, soit moins grande qu'on ne croit et la raison en est facile à donner. La voici : et le poids moyen psycologique du foie, se trouve dans les environs de 1,957 grammes pour Sappey, 1,750 grammes pour Rouis. Pendant longtemps, on s'est contenté de peser le foie de la fièvre jaune, et trouvant une moyenne de 1,650 environ, on en inféra que le foie était sensiblement diminué. Mais plus tard, on a fait remarquer que la densité physiologique de la glande hépatique est de 1,080. — et que dans le typhus amaril elle est de 1,037, de sorte qu'il pouvait parfaitement se faire que le foie, tout en étant sensiblement plus léger, fût en même temps un peu plus volumineux.

Cette explication fait disparaître, on le voit, le malentendu et nous pouvons, sans nous contredire, accepter que le volume du foie est un peu plus grand qu'à l'état normal. Cet accroissement est plus appréciable dans le diamètre vertical que dans la transverse, de sorte que l'organe paraît un peu de forme globuleuse, semble quelquefois plus turgescent dans sa capsule d'enveloppe qu'en temps ordinaire.

La couleur du foie diffère sensiblement de celle de l'état normal; le tableau de M. Corre et celui que nous venons de fournir en donnent la preuve. Les expressions de couleur chamois, jaune-paille, jaune-orangé, cuir neuf, retroussis de bottes, foie gras, foie de canard, foie de volaille, foie demi-cuit, etc.. etc., adoptées par les auteurs, nous montrent surabondamment que cette modification profonde de la coloration est la règle très-générale.

La consistance du tissu hépatique est modifiée dans la fièvre jaune d'une manière notable, les expressions du foie sec, dur cassant, demi-cuit, en rendent compte d'une manière satisfaisante.

La coupe du foie vient à son tour apporter des caractères spéciaux dans l'anatomie pathologique du foie, et en effet elle est, en général, plus sèche qu'à l'état normal, de sorte qu'il faut admettre, avec la plupart des auteurs, que généralement le foie

est plus sec qu'à l'état physiologique dans la maladie qui nous occupe. — Nous ne pouvons cependant passer sous silence cette particularité que quelquefois le foie au lieu d'être plus sec, et comme exsangue dans la fièvre jaune, a été trouvé plus ou moins gorgé de sang. — Dans les 473 autopsies que nous avons consultées, nous avons trouvé cet état de turgescence des vaisseaux 25 fois. — Notre savant camarade le docteur Crevaux a apporté dans son étude sur l'épidémie des îles du Salut, un document précieux pour l'éclaircissement de cette contradiction apparente; en effet, il a trouvé le foie beaucoup moins exsangue dans le cas où la mort était survenue rapidement, que dans les autres, — et de là naturellement il a pu tirer la déduction que dans le début de la maladie il y a une véritable congestion relative de l'organe, tandis que la proportion de sang diminue à mesure que le processus morbide progressant, la dégénérescence graisseuse se manifeste et se généralise en s'accentuant davantage. — On le voit, l'observation et la discussion plus approfondie des cas, font cesser ces divergences qui paraissaient inexplicables de prime abord et on doit s'attendre à trouver le foie d'autant moins gorgé de sang, qu'il s'est écoulé un temps plus long depuis l'invasion de la maladie jusqu'à celui de la mort(1).

(1) Un de nos jeunes et savants camarades le docteur Hache qui a assisté à l'épidémie du Maroni (Guyane) en 1877 a bien voulu nous faire parvenir deux préparations histologiques du foie d'individus morts de fièvre jaune dans le service du docteur Burot, médecin de 1re classe.

Nous méfiant de notre inhabileté touchant les recherches micrographique, nous avons prié notre ami le docteur Bonnet, qui a bien voulu nous prêter si souvent son concours si compétent, de nous en donner une description; la voici : Le tissu conjonctif péri-vasculaire seul est épaissi, légèrement sclérosé. Les cellules plates n'y sont pas plus nombreuses et plus volumineuses. Le lobule hépatique présente un aspect uniforme; les cellules sont hypertrophiées (de 0m/m0176 à 0m/m0394).

Le noyau, lorsqu'il existe, est à peu près apparent; il est plus volumineux; quelquefois il en existe deux. Les cellules hépatiques contiennent *toutes sans exception* des globules graisseux, arrondis et en nombre variable; parfois il en existe un seul, remplissant toute la cellule et ayant refoulé le noyau qui est aplati, atrophié. Dans quelques points des préparations les cellules sont espacées, distantes les unes des autres; les intervalles qui les séparent ne contiennent pas du tissu conjonctif, mais une substance protoplasmique granuleuse qui doit appartenir à des cellules hépatiques détruites.

« En résumé, sclérose péri-vasculaire au début : tuméfaction trouble des cellules et dégénérescence graisseuse uniforme dans toute l'étendue de l'îlot hépatique. Pas de traces d'inflammation aiguë mais plutôt une lésion

Les médecins qui ont pratiqué des autopsies de fièvre jaune ont signalé souvent, non-seulement l'aspect gras du foie, mais encore l'aspect gras de ses coupes, aussi l'analyse chimique a dû être faite, et elle a montré que le foie de la fièvre jaune renferme en moyenne 20. 33 p. 0/0 de graisse, (May Figueira de

de nutrition intime; c'est ce que l'on observe dans quelques-unes des affections de nos climats qui ont pour caractère essentiel une altération profonde du sang; exemple : les maladies générales fébriles; les fièvres infectieuses. »

Je crois utile de rapporter ici l'examen histologique du foie de la fièvre dite inflammatoire que j'ai rapporté dans mon étude sur cette maladie (*loc. cit.* pag. 273) et qui a été fait, comme je l'ai dit, en temps opportun par MM. Bonnet et Michel; ce seul rapprochement mieux que de longs développements montrera qu'il s'agit bien de lésions analogues; c'est-à dire de deux termes voisins d'une même maladie.

L'examen microscopique du foie montre que les cellules sont altérées de diverses manières. Elles sont gonflées et granuleuses; leurs noyaux ont augmenté de volume, quelquefois même on trouve deux noyaux dans une seule cellule.

De distance en distance, les cellules hépatiques sont remplies d'une goutte de graisse. Ces gouttes sont tantôt plus petites que les noyaux, tantôt, au contraire, plus volumineuses.

Sur des coupes très-minces, ces gouttelettes paraissent irrégulières et peu réfringentes; Il n'y a que les plus petites qui soient bien rondes et à contour parfaitement noir.

Si on traite par la potasse une tranche un peu épaisse, on voit le contour de ces gouttelettes s'accuser à mesure que la préparation devient transparente, leur contour est jaunâtre et on constate alors qu'elles se trouvent à la périphérie des lobules.

On trouva ces gouttelettes en amas autour des ramifications des veines péri-lobulaires, je n'en ai pas rencontré au centre du lobule.

Sur quelques coupes, j'ai observé des arborisations très-fines et très-élégantes, ou mieux encore, des réseaux dont les mailles circonscrivent des cellules hépatiques; ces arborisations sont noires à la lumière transmise. Nous les avons prises d'abord pour des amas de pigment; mais en observant à la lumière réfléchie, nous avons vu ces amas se détacher en blanc jaunâtre sur la couleur rouge de la tranche mince, colorée par le picro-carminate. Nous en avons conclu qu'il s'agissait de granulations graisseuses extrêmement fines, dont les amas sont assez gros pour apparaître comme des corps opaques.

Ces molécules de graisse se rencontrent aux environs des vaisseaux péri-lobulaires; il est probable qu'elles sont contenues dans les capillaires qui cernent les cellules du foie et forment ainsi des réseaux remarquables par leur disposition régulière. »

Lisboa), tandis qu'à l'état physiologique la proportion est moindre.

L'histologie du foie dans la fièvre jaune a été faite avec assez de soin pour que nous ayons dès à présent des renseignements précieux sur le processus morbide; ainsi tout d'abord nous pouvons admettre que le début de la maladie est constitué par une conjestion sanguine de l'organe hépatique, congestion qui siége, d'après M. Crevaux, dans les vaisseaux portes qui entourent les lobules et qui s'accompagne d'un œdème du tissu cellulaire interlobulaire. M. Crevaux fait observer que cette stase sanguine est bien différente de celle que l'on trouve dans le foie dit *muscade* ou *cardiaque*, car dans la fièvre jaune il y a congestion des veines périphériques, tandis que dans le foie muscade il y a une congestion des veines centrales.

A mesure que la maladie avance la congestion tend à diminuer en même temps que la dégénérescence graisseuse se manifeste et s'accentue : Les cellules du foie de primastiques qu'elles étaient deviennent plus ou moins globuleuses, elles pâlissent sensiblement et de plus en plus, leurs contours deviennent moins distincts, leur noyau disparaît parfois et au contraire on voit apparaître de fines granulations et des globules de graisse qui vont augmentant de nombre et de volume avec le temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie.

La lésion du foie dans la fièvre jaune est donc une véritable stéatose, et une stéatose essentiellement aiguë, car d'après Alvarenga, elle a pu envahir complétement l'organe en trois jours. Cette lésion du foie est-elle analogue à celle de l'atrophie jaune aiguë, c'est-à-dire : la fièvre jaune aurait-elle un processus identique à celui de l'hépatite parenchymateuse? Le professeur Jaccoud (loc. cit. p. 667) combat victorieusement cette opinion en disant que dans la fièvre jaune il n'y a pas l'empreinte d'un processus inflammatoire aigu; il n'y pas d'exsudat interstitiel; il n'y a pas la destruction totale des cellules, enfin la lésion est réparable.

Les conduits biliaires sont vides ou contiennent fort peu de bile dans la fièvre jaune, on comprend en effet qu'après trois, quatre ou huit jours de la stéatose hépatique, la sécrétion biliaire a eu le temps de se tarir.

La vésicule du fiel a été l'objet d'une observation attentionnée de la part de maints médecins, mais jusqu'ici les renseignements que nous possédons n'ont fourni aucune indication bien utile soit pour la pathogénie, soit pour la thérapeutique.

Dans les 551 autopsies venues à notre connaissance, nous avons trouvé les mentions suivantes touchant la vésicule biliaire et son contenu.

Vésicule pleine.	2	soit	0,5	p. °/o
— contenant très-peu de bile. . .	4	—	1	—
— vide.	34	—	15	—
Bile noire comme du goudron	11	—	4	—
— citrine	7	—	2,5	—
— poisseuse	42	—	18	—
— verte.	17	—	7	—
— poisseuse verte.	11	—	4	—
— vert foncé	43	—	19	—
	229		100	

La bile contenue dans la vésicule biliaire est, on le voit, très-différente d'aspect d'un cas à l'autre, mais nous n'en savons rien de plus jusqu'ici.

Rate.

La rate ne présente pas d'altération pathognomonique dans la fièvre jaune ; son volume, sa densité, son état d'intégrité physiologique ou ses lésions sont en rapport avec d'autres facteurs. C'est ainsi que, suivant les lieux, c'est-à-dire suivant que les individus atteints par la maladie étaient ou non impaludés, on a vu des différences notables dans son aspect ; mais, répétons-le, jusqu'ici on n'a pu déterminer comparativement ce qui peut appartenir en propre à la maladie.

Pancréas.

Les altérations du pancréas sont encore très-obscures pour notre génération, et on n'a jusqu'ici rien signalé de particulier pour cet organe dans les autopsies de fièvre jaune.

Reins.

Les reins sont malades dans la fièvre jaune, la chose ne pourrait être contestée ; mais cependant nos connaissances ne sont pas encore assez avancées sur ce point pour qu'on puisse dire quelle est la lésion d'une manière bien précise. Les observateurs qui ont écrit jusqu'ici ont dit tantôt que les reins ne leur paraissaient pas présenter une altération quelconque ; d'autres, au contraire, ont signalé une congestion, une hypérémie ma-

nifeste de l'organe, opinion qui paraît de prime abord bien inconciliable avec l'assertion de quelques autres observateurs également consciencieux et qui ont soutenu que le rein est décoloré, augmenté de volume et comme anémié. Alvarenga, par exemple, a trouvé 44 fois sur 63 les reins paraissant sains.

Dans les 551 autopsies venues à ma connaissance, j'ai trouvé 131 fois l'état des reins indiqué. En voici le détail :

Reins paraissant sains.	24	soit 18 p. %
— manifestement malades	107	— 82 —

Notre savant camarade le docteur Crevaux s'est occupé spécialement des lésions rénales dans la fièvre jaune des îles du Salut, et il a apporté la lumière la plus heureuse sur le point de l'anatomie pathologique. Sur 41 autopsies, il a trouvé, dit-il, 41 fois les reins malades, et nous allons d'ailleurs rapporter *in extenso* le passage de son mémoire qui s'y rapporte pour que le lecteur puisse en apprécier la teneur :

« Jusqu'ici les auteurs n'ont guère insisté que sur la dégénérescence graisseuse des reins ; nous appelons particulièrement l'attention sur ses manifestations pathologiques qui précèdent cette altération.

« Lorsque la durée de la maladie a été courte, les reins présentent une coloration rouge, les vaisseaux qui cheminent entre les tubes droits, les glomérules de Malpighi, les étoiles de Vereyen sont gorgés de sang. Il y a, en un mot, congestion manifeste de l'organe avec augmentation de volume et de poids.

« En examinant les reins avec soin à l'œil nu, on rencontre des ecchymoses dans les points suivants :

« 1° Immédiatement sous la capsule ;

« 2° Dans la substance corticale ;

« 3° Sur la paroi externe du calice ;

« 4° Sur la muqueuse des calices et des bassinets, cette dernière hémorrhagie, qui n'est signalée par aucun auteur, a été observée dans plus de la moitié des cas.

« Ce sont les hémorrhagies de la substance corticale qui sont les plus fréquentes et qui présentent un intérêt tout particulier. »

On remarque qu'elle siégent principalement dans la partie où les glomérules de Malpighi sont le plus abondants.

Elles apparaissent généralement comme un noyau rouge foncé globuleux, de la grosseur d'une tête d'épingle, sur une coupe

heureuse faite au niveau de ces foyers sanguins, nous avons remarqué que deux petits canaux rouges de sang aboutissaient à ce point.

« L'examen histologique nous a prouvé que la cavité sphérique remplie de sang n'était autre que la cavité d'un glomérule dilaté : l'un des canaux était constitué par les vaisseaux d'un glomérule ; l'autre, qui était plus pâle, était formé par un tubulus.

« D'après un grand nombre de coupes, nous nous sommes convaincu que l'hémorrhagie se fait au niveau du glomérule, c'est-à-dire au point où la tension du sang est au minimum et que le trop plein se déverse dans les tubules.

« Ce fait explique clairement la présence des globules sanguins dans les urines de quelques-uns de nos malades. »

J'ai eu à ma disposition deux préparations histologiques du rein faites par M. le docteur Hache, et voici la description que je tiens du docteur Bonnet : « Tuméfaction, trouble des cellules, des tubes contournés ; granulations protéiques et graisseuses très-fines. Les cellules obturent complétement la lumière du tubuli. Il n'en est pas de même des cellules des tubes en anse et des tubes collecteurs qui sont transparentes et occupent à peine le tiers du diamètre du tubuli. Les corpucules de Malpighi paraissent sains. »

M. Crevaux a rencontré, à côté des petits foyers apoplectiques, les petits corps purulents signalés précédemment par M. Chapuis, l'examen au microscope lui a permis de constater que ce sont de petits foyers hémorrhagiques ayant subi la transformation purulente, car, au centre, on pouvait voir le pus déjà bien formé, tandis qu'à la périphérie le sang n'était pas encore altéré.

M. Crevaux a cherché à étudier l'état des vaisseaux capillaires du rein ; il les a vus d'abord semblables à ce qu'ils sont dans l'inflammation et pense qu'ils sont ensuite atteints de dégénérescence graisseuse comme les capillaires de l'estomac ; mais il fait ses réserves, n'ayant pu, dit-il, examiner plusieurs organes dans cet ordre d'idées.

M. Crevaux a trouvé sur trois reins d'individus ayant succombé à la fièvre jaune, les lésions décrites par M. Pellarin dans la fièvre bilieuse hématurique, sous le nom d'ulcères phythénoïdes. Il a constaté qu'à l'œil nu on voit une phlyctène siégeant à la surface du rein et en ouvrant la membrane qui est soulevée par un liquide séreux, on reconnaît, dit-il, une petite poche

creusée dans la substance corticale de l'organe. J'ajouterai pour ma part que j'ai vu ces excavations siéger, non-seulement à la périphérie, mais aussi dans la profondeur de quelques reins.

M. Pellarin a cru que cette excavation taillée à pic était une perte de substance. M. Crevaux dit qu'il n'en est rien, que l'examen histologique démontre que les tubuli ne présentent aucune solution de continuité, qu'ils forment des anses non interrompues tout autour de l'excavation, et il ajoute : « Il ne s'agit pas d'un ulcère, puisque le mot implique l'idée de perte de substance ; mais simplement d'un kyste séreux siégeant dans le tissu cellulaire qui sépare les tubuli. Ceux-ci ont été dispersés et ensuites refoulés par le liquide épanché.

J'ai eu l'occasion de rencontrer dans maintes autopsies ces kystes rénaux et j'ai démontré dans mon étude sur la fièvre inflammatoire des Antilles qu'ils ne sont pas pathognomoniques de la fièvre hématurique, pas plus que de la fièvre jaune. Voici l'analyse histologique de ces kystes faite par mes savants camarades de la médecine navale Bonnet et Michel.

Note touchant l'examen histologique des kystes rénaux observés dans diverses maladies des Antilles.

Ce rein porte de nombreux kystes à la région corticale, l'un d'eux, très-considérable, a deux centimètres de diamètre et se trouve à la périphérie ; d'autres, de diverses grandeurs, depuis la tête d'une petite épingle jusqu'à celle d'une grosse lentille, se rencontrent çà et là.

Ces kystes sont vides, le plus grand est constitué par des parois formés d'un tissu conjonctif condensé avec très-peu de cellules plates. Les tubes contournés qui avoisinent ce kyste paraissent plus rares et séparés les uns des autres par du tissu sclorosé, qui est surtout manifeste autour des tubuli.

A mesure qu'on se rapproche du kyste, les glomérules sont de plus en plus atrophiés et envahis en grande partie par le tissu conjonctif, ce que démontre la coloration plus ou moins vive, déterminée par le picro-carminate. Ces glomérules remplissent à peine les deux tiers et même la moitié de leur loge.

Pas de trace d'inflammation autour du kyste, mais un travail de sclérose. Les tubuli sont altérés, leurs parois sont épaissies, et les cellules épithéliales troubles sont ratatinées, remplissant seulement un tiers environ de la lumière du tube.

Quel est le mode de formation de ces kystes ? Serait-ce des

kystes de rétention? Mais les tubuli voisins seraient plus ou moins obstrués, et c'est le contraire qui a lieu. L'absence de matière colloïde ne permet pas de croire à des kystes colloïdes. Ce sont peut-être des kystes séreux ou des kystes déterminés par le sclérose atrophique, ayant son point de départ dans les glomérules, lesquels disparaissent insensiblement, laissant leurs loges vides, loges qui constitueraient autant de kystes miliaires qui, se fusionnant ensuite par extension réciproque, arriveraient à en former de plus grands.

Y a-t-il un rapprochement à faire entre la présence de ces kystes et la maladie qui a amené la mort? Nous ne le croyons pas, car ces kystes se forment lentement; ils sont, le plus souvent, la suite de la néphrite interstitielle qui existe dans l'espèce et qui est généralement de longue durée.

(*Signé :* Dr BONNET.)

Parmi les préparations que le Dr Hache a bien voulu nous communiquer et qui ont trait comme je l'ai dit précédemment à des individus morts de fièvre jaune au Maroni (Guyane) dans le service de notre ami le Dr Burot, se trouvaient quatre préparations de ces kystes du rein. Voici la note que M. Bonnet a bien voulu nous donner à leur sujet :

Ce sont bien des préparations de kystes séreux, ce que démontre la présence de quelques débris d'un épithélium pavimenteux en mosaïque. »

« Ce kyste d'après le fragment de rein qui l'a fourni, a le volume d'une petite fève, il siége dans la substance corticale assez près de la périphérie de l'organe. Le tissu rénal en forme les parois, mais le tissu est représenté seulement par des tubuli atrophiés ayant leur diamètre très-amoindri. Ces tubuli sont serrés les uns contre les autres au bord mêmes du kyste. Un peu plus loin, ils sont au contraire assez distincts les uns des autres et séparés par du tissu conjonctif condensé. Le reste du tissu rénal ne présente rien d'anormal. L'épithélium qui tapisse les parois du kyste est formé par des cellules hexagonales très-régulières, assez semblables de forme à celles de la choroïde et ne constituant qu'une seule couche. »

Comme le fait remarquer avec grande raison M. Crevaux, on peut admettre en résumé qu'il y a dans la fièvre jaune du coté du rein ce qu'il y a dans l'estomac et dans le foie, 1° au début une congestion allant parfois jusqu'à l'apoplexie; 2° comme conséquence de ce premier état, une dégénérescence graisseuse du parenchyme de l'organe. De sorte, on le comprend, que des observateurs d'égale bonne foi ont pu déduire de leur observation un peu superficielle parfois, mais aussi très-attentionnée dans

maintes circonstances, ou bien que les reins étaient sains, ou bien qu'ils étaient hypérémiés ou bien qu'ils étaient relativement exsangues. Les uns ont pu dire que leur volume était normal, d'autres ont constaté une véritable augmentation, car lorsque le rein est atteint de dégénérescence graisseuse, son volume est augmenté bien qu'il ne contienne pas un excès de sang. Au contraire, il y a alors une véritable hypertrophie des cellules qui de polyédriques qu'elles étaient, deviennent sphériques et sont gorgées de gros globules huileux et de très-fines granulations.

Tout cela est, on le comprend, une question de temps, et, suivant que le sujet a succombé plus ou moins vite, on a pu constater un des états précités.

Vessie.

L'état de la vessie a été apprécié très-différemment par les divers observateurs : les uns l'ont trouvée saine, d'autres ont parlé de quelques altérations qu'elle peut présenter.

Dans les 551 autopsies venues à ma connaissance l'état de la vessie est indiqué 465 fois et en voici le détail.

Vessie pleine d'urine.	120	soit	29	p. °/°
— contenant un peu d'urine. . .	38	—	5	—
— entièrement vide.	307	—	66	—
	465		100	

Ajoutons que six autres fois dans ces autopsies j'ai trouvé la mention de : muqueuse rouge, muqueuse hypérémiée, suffusion sanguine interstitielle ; lésions signalées par maints observateurs et notamment par M. Crevaux.

Cette lésion nous porte à penser qu'il y a dans la vessie cette altération des capillaires qu'on a trouvée dans tant d'organes divers et qui, a un certain moment, peut provoquer une hémorrhagie interstitielle ou en nappe là comme ailleurs.

Urine.

Quant à l'urine, nous en avons déjà parlé assez longuement pour pouvoir être très-bref ici, et nous nous bornerons à dire qu'elle a pu paraître naturelle ; c'est-à-dire de couleur citrine, rougeâtre, épaisse, noirâtre, noire, sanglante, etc. Nous en connaissons suffisamment les raisons pour pouvoir ne pas insister davantage là-dessus.

Gros vaisseaux.

Les gros vaisseaux sont colorés en jaune comme d'ailleurs

tous les tissus blancs ou transparents, et, ici comme ailleurs, cette coloration jaune est due à une suffusion biliaire. Les veines caves, le système porte, les vaisseaux méningiens sont gorgés d'un sang noir et diffluent.

Sang.

Le sang n'a été encore que l'objet de quelques rares recherches dans la fièvre jaune à notre connaissance, aussi serons-nous extrêmement bref à son égard. Nous dirons seulement que les analyses de MM. Chassaniol et Vardon, rapportées par M. Walther (thèse de Montpellier, 1855), assurent que le sang contenait chez les sujets morts de fièvre jaune, d'autant plus d'urée que l'anurie avait été plus longue à la fin de la maladie; que, d'après M. Crevaux, les globules rouges ne présentent pas d'altération appréciable, tandis que les globules graisseuses sont en plus grand nombre que dans l'état physiologique. Qu'on nous permette de ne pas insister davantage, tant que nos connaissances sur ce point ne sont pas plus étendues.

Conclusions touchant l'anatomie pathologique.

Après avoir passé en revue les diverses lésions que l'on observe chez les individus morts de fièvre jaune, nous pouvons tenter de dire sous forme de conclusions quelques mots de synthèse. Et tout d'abord nous ferons remarquer, après bien des observateurs, que les lésions des divers organes présentent d'étroits liens de parenté bien capables de frapper les yeux. En effet, c'est, ou bien une congestion, ou bien une extravasation sanguine, ou bien une dégénérescence graisseuse qui s'observe, et la chose est si évidente partout qu'on se rallie sans aucune répugnance à cette idée. Le processus morbide de la fièvre jaune est, au début, une congestion stase, sanguine avec dilatation des vaisseaux capillaires, allant même jusqu'à une véritable apoplexie. Puis une dégénérescence graisseuse se manifeste dans l'épithélium des glandes stomacales, du foie, du rein, dans les capillaires de certaines régions; et comme conséquence on voit : d'une part, des hémorrhagies par rupture de ces capillaires; d'autre part, des accidents qui résultent de la rétention dans le sang de ces matériaux, que le foie et les reins étaient chargés d'éliminer.

Cette théorie de la fièvre jaune est assurément très-attrayante. On comprend toutes les considérations dans lesquelles on peut entrer à son sujet, tous les développements que l'on peut don-

ner à ces points fondamentaux ; mais il n'y a, pour le lecteur, aucun intérêt à ce que nous l'entreprenions ici ; il aura suffi de montrer l'horizon, l'esprit en tire de lui-même les conséquences dans le champ des hypothèses d'où on ne peut encore faire sortir la question.

On a cherché à expliquer les accidents de la fièvre jaune, soit par l'urémie, soit par l'empoisonnement biliaire ; mais ces deux opinions ne sauraient être défendues depuis que notre savant camarade, M. Cunisset, a démontré qu'il n'y a ni production excessive d'urée, ni rétention de ce corps, ni sa décomposition en carbonate d'ammoniaque pour ce qui est de l'urémie. Quant à l'empoisonnement biliaire, il ne pourrait non plus exister dans une maladie où les pigments et les sels biliaires ne se rencontrent ni dans les sécrétions, ni dans le sang. Voici d'ailleurs les conclusions de M. Cunisset, qui perdraient, je crois, à être analysées et que le lecteur pourra mieux apprécier par leur citation textuelle.

« La fièvre jaune n'est pas un empoisonnement par la bile ; au début de la maladie, les pigments biliaires ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans le sang et dans les urines. Ils n'apparaissent généralement que dans le courant de la seconde période, souvent ils ne se montrent que comme symptôme ultime. Dans un grand nombre de cas, les urines et le sang ne contiennent pas de ces pigments biliaires ; la mort survient sans qu'on puisse en constater la présence par les réactifs les plus sensibles. On ne peut du reste attribuer à ces pigments aucune propriété toxique.

« Quant aux sels biliaires dont la puissante action de déglobulisation admise par certains auteurs, pourrait expliquer les désordres que présente la maladie, ils n'existent ni dans les vomissements, ni dans l'espèce, ni dans les urines, ni dans le sang et si nous avons constaté quelquefois une réaction vague de ces substances, nous pouvons affirmer que leur quantité était extrêmement faible et tout à fait insuffisante pour admettre la cholémie.

« Au lieu de croire à un empoisonnement par la bile, si nous considérions les profondes altérations du foie, nous serions plutôt porté à admettre l'acholie que la cholémie et dans ce cas nous ne verrions dans la défectueuse dépuration du sang qu'une complication et non la cause dérerminante de la maladie.

« La fièvre jaune n'est pas un empoisonnement par la cholestérine. Cette substance ne peut donner lieu à des accidents que lorsqu'elle se rencontre dans le sang en quantité considérable. Nous n'en avons jamais constaté que des traces à peine appréciables. Quant aux fèces, elles ne contiennent pas de stercorine. L'absence de ce produit prouve que le sang ne renferme pas une quantité anormale de cholestérine.

« La fièvre jaune n'est pas un empoisonnement par l'urée. A côté des cas

rapidement mortels dans lesquels on constate une diminution considérable, une suppression même dans l'élimination de l'urée, nous pourrions en citer un grand nombre, dont la terminaison a été également mortelle, dans lesquels cette élimination n'a pas été notablement diminuée. La fièvre jaune peut donc tuer sans urémie.

« Nous allons plus loin et nous déclarons que l'urémie n'existe pas et ne peut pas exister dans la fièvre jaune. Nous l'avons prouvé, le sang ne contient que des proportions très-faibles d'urée, une quantité tout à fait insuffisante pour expliquer un empoisonnement par cette substance. Au lieu de voir dans la fièvre jaune une accumulation de l'urée dans le sang, nous croyons plutôt à une production moins grande de ce principe. Comment pourrait-il en être autrement? Le foie, agent principal de la fabrication de l'urée, est envahi par la graisse; ses fonctions sont diminuées, sinon abolies complétement. L'urée dont la plus grande partie est le produit de l'activité de la cellule hépatique ne peut donc que décroître.

« Dans les cas compliqués d'anurie, la mort survient rapidement non parce que l'urée n'est pas éliminée, mais parce que le sang ne trouve plus un débouché pour l'expulsion des produits de désassimilation incomplète, intermédiaires entre l'urée et les substances albuminoïdes qui le contenaient.

La fièvre jaune n'est pas un empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, le sang ne contient pas de carbonate d'ammoniaque, l'analyse nous l'a démontré. On ne pourrait du reste concilier la présence de ce sel dans le sang avec des urines acides. Le carbonate d'ammoniaque est très-facilement éliminé par les reins, son passage dans l'urine en détruirait l'acidité que nous avons signalée comme un fait constant.

« Qu'est-ce que la fièvre jaune?

« Une maladie peut présenter une évolution plus ou moins rapide; des variétés dans les symptômes; des phénomènes morbides différents; mais elle n'est réellement caractérisée que par les altérations fondamentales qu'elle présente. Ce sont les seules dont nous devons nous occuper.

« Dans la fièvre jaune, en première ligne, nous placerons la dégénérescence graisseuse des tissus glanduleux et musculaires et le passage de l'hémoglobine dans le sérum. Pour nous, ces deux faits sont liés l'un à l'autre, ils permettent de donner une explication de la maladie.

« La présence d'une quantité anormale de substances grasses dans la rate, le cœur, les reins, le foie, n'est pas due dans la fièvre jaune à une simple infiltration. Ces corps gras sont le résultat de la transformation des éléments protéïques des tissus. A quoi attribuer cette transformation? à une combustion incomplète, à une désassimilation imparfaite. Au lieu de recevoir une quantité d'oxyhémoglobine suffisante pour brûler et transformer en urée, les matériaux à remplacer, ces viscères en reçoivent moins qu'à l'état normal. Dans ces conditions la désassimilation n'est pas complète; les matières albuminoïdes des tissus au lieu de donner de l'urée, se dédoublent en principes gras et en principes azotés.

« Les corps gras restent où ils ont été formés, ils altèrent le fonctionnement du viscère qu'ils envahissent. Quant aux principes azotés intermédiaires,

entre l'urée et les substances albuminoïdes d'où ils dérivent, ils sont entraînés dans le torrent de la circulation et infectent le sang dans lequel ils sont dissous. Aussi comme conséquence logique de ce que nous avançons, les viscères dans lesquels la désassimilation est la plus complète, dans lesquels l'urée se produit en plus grande quantité sont ceux qui sont les plus altérés. Nous constatons en effet dans le foie d'immenses altérations : des substances grasses se substituant dans certains cas à plus du cinquième de son poids et venant remplacer les principes albuminoïdes qui constituent son tissu.

« La diminution dans la somme totale de l'urée produite est une conséquence forcée de cette désassimilation incomplète.

« Il nous resterait à prouver que la quantité d'oxyhémoglobine qui arrive dans les viscères est moins grande qu'à l'état normal. Cette preuve, nous ne pouvons la donner ; mais il nous sera permis d'admettre la vérité probable de ce fait si nous considérons les altérations constatées dans le sang.

« Nous trouvons en effet dans le sérum de l'hémoglobine réduite. Cette substance provient des globules qui n'ont pas trouvé ou qui n'ont pas pu fixer de l'oxygène et qui par cela même ont été détruits.

« Les globules du sang fixeraient donc une quantité d'oxygène inférieure à celles qu'ils prennent normalement et comme conséquence la quantité d'oxyhémoglobine subirait une diminution.

« Puisque nous sommes sur le terrain des hypothèses, nous irons plus loin et nous supposerons qu'un élément inconnu empêche le sang de fixer une quantité d'oxygène nécessaire à une désassimilation complète ; nous supposerons que cet élément n'est autre chose qu'un ferment introduit dans l'organisme qui pour vivre emprunte aux globules une certaine portion de leur oxygène ou empêche dans certaines limites la transformation de l'hémoglobine réduite en oxymoglobine.

« On pourrait également supposer que ce principe inconnu agit directement sur les éléments des tissus glanduleux et musculaire et empêche la désassimilation normale qui a pour résultat leur réparation. Ces éléments frappés d'inertie subiraient alors la dégénérescence graisseuse. Dans cette hypothèse, l'altération du sang serait consécutive à celle des viscères, elle résulterait de ce que le sang ne serait plus dépuré par le foie.

« Pour expliquer les degrés dans la gravité de la maladie, nous pensons que le sang contaminé porte son action en premier lieu sur le foie ; la dégénérescence graisseuse l'envahit, ses fonctions sont altérées ; le sang n'est plus dépuré par le foie, il se charge de produits mal élaborés ; l'hémoglobine réduite passe dans le sérum. Dans ces conditions, si les reins ne sont pas atteints ; la sécrétion urinaire peut suffire à purifier le sang, à le débarrasser des produits qui le rendent toxique ; la maladie se prolonge, la mort n'est pas inévitable. Mais si la dégénérescence graisseuse s'empare des reins, les produits excrémentitiels ne trouvent plus de débouché, la maladie est rapide, la mort est fatale. » (Cunisset, *loc. citato*.)

CHAPTRE VII

DIAGNOSTIC.

—

On me permettra d'être très-bref dans ce qui regarde le diagnostic de la fièvre jaune; car, n'ayant pas à faire ici l'histoire nosologique tout entière du typhus amaril, mais seulement à étudier ses allures à la Martinique, je puis abréger notablement cette partie de mon travail.

En général, le diagnostic de la fièvre jaune n'est pas très-difficile à établir; et en effet, le caractère épidémique de la maladie fournit déjà une induction précieuse, que l'aspect du malade, que les allures, la marche, la terminaison si souvent funeste de l'affection viennent corroborer de la manière la plus précise. Mais il faut cependant convenir que, si le doute ne saurait exister, en général, quand il s'agit d'une poussée épidémique bien accentuée, durant déjà assez longtemps pour qu'on ait eu le temps de bien l'étudier, et enfin ayant emporté assez de malades pour qu'on ait pu faire un certain nombre d'autopsies, constater bien positivement et les vomissements noirs et l'ictère; en revanche, quand il n'est question que de quelques faits isolés; dans les premiers temps d'une épidémie, etc., etc., il peut y avoir non-seulement des doutes mais de grandes indécisions. Dans maintes circonstances de cette nature on a vu les médecins les plus habiles se tromper, les hommes les plus experts avoir une opinion contraire entre eux; je n'ai pas besoin de citer des exemples pour le prouver.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la fièvre jaune peut, pour l'étude, être divisé en deux questions distinctes : *A.* le diagnostic propre ou absolu; *B.* le diagnostic différentiel. Nous allons les passer successivement en revue.

A. — *Diagnostic propre ou absolu.*

Comme je le disais dans mon étude sur la fièvre jaune au Sénégal, il faut, dans le cas actuel, faire une distinction : 1° l'épidémie est en activité depuis un certain temps, médecins, infirmiers, malades mêmes sont renseignés sur son existence. Dans ce cas il est presque inutile d'en parler; on reconnaît l'atteinte du premier coup d'œil et il est bien rare qu'on s'y trompe;

2° L'épidémie n'existe pas, on est en présence du premier ou des premiers cas, et alors le diagnostic est infiniment moins facile, on ne saurait le contester. Nous avons besoin de nous arrêter plus spécialement sur cette seconde condition, car si on détermine alors d'une manière précise quelle est l'affection à laquelle on a affaire, il est incontestable que la première condition n'a plus besoin d'être étudiée avec quelque détail.

Eh bien! le médecin qui pratique dans un pays à fièvre jaune, ou bien dans une localité ou des individus venant de lieux contaminés peuvent se trouver, doit penser à la possibilité du typhus amaril lorsqu'il verra une période de fièvre avec congestion ou au moins hypérhémie cutanée de la face et de la partie supérieure du corps faire place à une rémission à la suite de laquelle un peu d'ictère, quelques troubles nerveux, gastriques, et enfin, les vomissements noirs et les hémorrhagies passives se seront montrés.

Certes on peut théoriquement objecter que bien des maladies présentent ces phénomènes, et en effet, par un concours spécial de circonstances, une fièvre typhoïde, une rougeole, un ictère grave, peuvent entraîner exactement tous les phénomènes précités; mais cependant, si non-seulement nous songeons à ces divers symptômes : période fébrile, rémission, ictère, vomissements noirs, hémorrhagies passives, et qui plus est, si nous songeons à leur durée et à leur ordre d'apparition, nous trouvons que c'est seulement dans la fièvre jaume que les choses se passent de la sorte; dans les autres maladies il y a soit un coefficient de temps, soit une interversion dans l'ordre d'apparition des accidents, ce qui peut très-bien mettre le médecin sur la voie du diagnostic réel de la maladie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic différentiel de la fièvre jaune vis-à-vis de cer-

taines maladies est assez facile, peut-on dire d'une manière générale, mais cependant il serait tout à fait inexact de soutenir que, dans tous les cas, on peut parfaitement établir la distinction, car tout le monde sait que, dans nombre de circonstances, les meilleurs esprits, les hommes les plus autorisés à avoir une opinion, ont différé d'avis de la manière la plus absolue en présence de certaines atteintes.

Quelles sont les maladies qui pourraient de prime abord être confondues avec la fièvre jaune ? Ce sont la fièvre bilieuse mélanurique, la fièvre rémittente bilieuse ou telle autre forme grave de la fièvre bilieuse des pays chauds, la typhoïde bilieuse, la fièvre à rechutes, l'hépatite fébrile et l'ictère grave.

Nous allons dire quelques mots de ces diverses maladies au point de vue du diagnostic différentiel. Mais avant tout je dois répéter au lecteur que, pour ne pas donner à ce présent travail une longueur trop grande, je ne discuterai pas tous les côtés de la question. Je l'engage à lire au préalable le chapitre du diagnostic différentiel de la fièvre dite inflamatoire des Antilles, dans le travail que j'ai publié précédemment (de la fièvre dite bilieuse inflammatoire, Paris, Delahaye, 1878); il y trouvera bien des détails utiles, que je suis obligé de négliger en ce moment.

Dans un travail que j'ai publié sur la fièvre bilieuse mélanurique observée au Sénégal, j'ai fait ressortir en détail la différence qu'il y a entre cette maladie et la fièvre jaune; j'y renvoie le lecteur pour plus amples informations. Dans ce moment je me bornerai à fournir un tableau résumé des divers phénomènes des deux maladies pour en faire ressortir les dissemblances.

Fièvre bilieuse mélanurique.	*Fièvre jaune.*
Le séjour prolongé dans les pays chauds paludéens est la cause prédisposante la plus puissante et même indispensable.	Le séjour prolongé, dans les pays chauds paludéens ou non, donne une immunité de plus en plus grande.
La maladie est toujours précédée de nombreux et fréquents accès de fièvre paludéenne, simples d'abord, puis plus ou moins compliqués et prenant en général de plus en plus l'aspect bilieux, ayant dans tous les cas très-notablement anémié le sujet.	La maladie débute très-généralement au milieu d'une santé parfaite et peut survenir chez des sujets qui n'avaient jamais eu aucune atteinte de fièvre intermittente ou qui présentent les attributs de l'état pléthorique le plus satisfaisant.
Très-généralement la maladie dé-	La maladie débute assez fréquem-

bute par un accès de fièvre avec frisson violent et plus ou moins prolongé, en tout semblable à l'accès de fièvre paludéenne.

L'ictère paraît d'emblée avec le premier accès au début de la maladie, ne manque jamais; il donne, dès le commencement et pendant tout le temps, au malade un aspect jaunâtre, variant du jaune vert au jaune ocre très-accusé, il est, dans tous les cas, général et de même teinte partout.

La marche est intermittente ou rémittente d'abord et le pouls, les urines, les vomissements suivent très-exactement ces variations. Quand la fièvre cesse, survient la période de faiblesse et de réparation qui ne ressemble en rien à la rémission de la fièvre inflammatoire et qui n'est pas séparée d'une manière parfaitement et absolument tranchée de la première. On dirait, en effet, que la fièvre ne cède qu'à regret et cherche à revenir. Si le malade résiste à la période fébrile et succombe à la période adynamique, il meurt plutôt d'un profond épuisement que par l'effet des phénomènes de décomposition.

Le pouls suit les variations habituelles à la fièvre paludéenne pendant la période fébrile de deux ou trois accès qui constituent la première partie de la maladie, il ne tombe pas d'un coup et absolument, étant en cela et en tout semblable au pouls des accès intermittents.

La céphalalgie est totale et formant comme une lourde calotte sur le crâne du sujet; elle va croissant pendant les six ou huit heures que dure l'accès, puis diminue très-notablement par une céphalalgie qui va en augmentant et dont le début ne peut être précisé aussi bien que le début de l'accès paludéen qui est instantané.

L'ictère n'apparaît que consécutivement vers le troisième jour, fait place à une coloration rouge des téguments qui existait au début de la maladie; il manque quelquefois si la maladie est légère ou si la guérison est rapide; il est borné parfois à certaines régions ou présente de notables différences d'intensité par places sur le même individu.

La marche est continue d'abord et comme inflammatoire pendant deux, trois ou quatre jours, une transition survient alors, elle est très-marquée souvent, et la seconde période est très-courte, fugace, pour ainsi dire, dans le degré léger.

Le pouls est au début plein, régulier comme dans une fièvre continue et il reste ainsi jusqu'à la transition; à cette époque, il tombe, reste mou, dépressible et sans fréquence.

La céphalalgie sus-orbitaire est d'abord très-intense, mais ou elle cède rapidemment aux moyens dirigés contre elle, ou bien elle continue sans intermittences jusqu'à la fin de

ment et disparaît même quelquefois pour reprendre au prochain accès.

Le facies est abattu, jaunâtre dès le début ou peu après l'invasion de la maladie. Les conjonctives sont de couleur jaunâtre, jamais injectées et brillantes comme dans le cas de conjonctivite qui commence.

Les douleurs du tronc sont en ceinture, allant des reins aux hypochondres ; les régions hépatique et épigastrique sont parfois extrêmement douloureuses et le toucher y donne des élancements qui arrachent des cris au malade, mais souvent elles sont à peine marquées, c'est au point que quelquefois ces douleurs, de même que les douleurs de courbature dans les membres, ne présentent ni grande persistance, ni grande acuité : c'est plutôt un état de gêne et d'inquiétude qu'un état de douleurs bien accusées.

Les vomissements sont bilieux, de couleur verte très-accusée, le plus souvent analogue à l'eau d'épinards ; ils se présentent constamment dès le début de l'accès et s'arrêtent avec lui pour reprendre avec le suivant.

Après la première période ou la période fébrile, les vomissements continuent, mais en conservant exactement les mêmes caractères ; ils tachent très-fortement les linges en vert clair et, s'ils sont recueillis dans une cuvette, ils paraissent très-transparents d'une belle couleur vert émeraude ou d'une couleur olivâtre.

Il y a quelquefois une diarrhée bilieuse dès le début de la maladie et pendant les vomissements ; plus tard, il y a souvent diminution des selles et il faut recourir fréquemment

la période inflammatoire, c'est-à-dire pendant un ou deux jours.

Le facies est vultueux, couleur acajou, clair au début et ce n'est qu'après plusieurs jours qu'il apparait jaunâtre aux ailes du nez, aux paupières et aux lèvres. Les yeux sont brillants, les conjonctives injectées, quelquefois légèrement chassieuses, comme dans la conjonctivite qui commence.

Les douleurs lombaires sont rarement violentes, ne s'étendent pas en ceinture. La région hépatique n'est pas douloureuse au toucher. Il y a très-généralement des douleurs vives dans les membres et particulièrement aux mollets.

Les vomissements du début ne sont pas fréquents et, dans tous les cas, ne sont pas bilieux, ils ne présentent pas non plus cette intermittence constatée dans la fièvre bilieuse mélanurique.

Constipation très-généralement au début, la diarrhée ne survient que quand la maladie se prolonge et n'est pas bilieuse, mais au contraire fétide.

à des minoratifs pour entretenir la liberté du ventre.	
La langue est humide, large, couverte d'abord d'un enduit blanchâtre assez épais; cet enduit se colore bientôt en verdâtre, par les vomissements. La langue n'est rouge, ni à sa pointe, ni sur ses bords, elle reste ainsi large, chargée et humide jusqu'à la fin de la maladie.	Langue blanche à son centre, où elle est comme cotonneuse, rouge à la pointe et sur ses bords, moins large et comme globuleuse. Plus tard, elle est quelquefois saignante.
Les urines sont noires, dès le début, et leur couleur est caractéristique, à tel point que le malade en est toujours vivement impressionné. Elles sont très-généralement abondantes et fréquentes, n'ont leur aspect mélanurique que pendant les accès. Plus tard, les urines sont fortement colorées encore, mais ne sont plus noires. Elles sont peu abondantes quelquefois, mais ne sont pas supprimées si ce n'est pendant quelques heures avant la mort.	Les urines du début sont rouge clair et simplement fébriles; elles sont limpides, rares et peu abondantes, ne contiennent de l'albumine que dans les cas intenses. Plus tard elles sont de plus en plus limpides.
Les accès du début peuvent être enrayés par la quinine, ne réclament jamais les antiphlogistiques.	La fièvre continue du début ne peut être atteinte par la quinine.
La maladie est manifestement liée au paludisme; elle suit et est suivie d'accès intermittents, elle n'est absolument pas transmissible d'homme à homme.	L'influence du paludisme n'a pas été mise en lumière d'une manière incontestable. La maladie n'est pas forcément et même normalement, on peut dire, précédée ou suivie d'accès de fièvre intermittente. La transmission d'homme à homme est fréquente.
Les récidives sont très-fréquentes et de plus en plus faciles, à mesure que les atteintes se sont multipliées.	La récidive, bien que possible, est rare.
Pas d'enduit gingival ni d'érythème scrotal.	Enduit gingival et érythème scrotal.

Diagnostic différentiel entre la fièvre jaune et la fièvre rémittente bilieuse.

Ce que nous venons de dire touchant les différences qu'il y a entre la fièvre jaune et la fièvre bilieuse mélanurique, nous

permet d'être assez bref dans ce moment, et, en effet, cette fièvre mélanurique n'étant qu'une partie de ce qu'on a appelé la rémittente bilieuse des pays chauds. Nous connaissons déjà une certaine somme de points de divergence.

Nous n'avons pas à discuter ici ce qu'on a entendu sous le nom de fièvre rémittente bilieuse ou de grande endémique des pays chauds; nous avons vu dans notre étude sur la fièvre inflammatoire, à laquelle nous avons si souvent renvoyé le lecteur, qu'on a appelé de ce nom nombre d'affections que nous avons essayé d'énumérer, et à la suite de cette discussion, si on s'en souvient, le nom de rémittente bilieuse est resté à une affection bien déterminée et de nature malarienne.

Or, précisément parce que la rémittente bilieuse est de nature malarienne, elle est différente de la fièvre jaune, ses atteintes sont d'autant plus graves que le sujet est plus profondément impaludé, et elle n'attaque pas les individus deux ou trois jours après leur arrivée dans le foyer morbide. D'autre part, la transmission d'homme à homme ne s'observe pas comme dans la fièvre jaune; enfin, la succession des symptômes et en particulier la courbe de la chaleur animale pendant l'évolution de la maladie est tout à fait différente.

On comprend que nous pourrions, en prenant un à un tous les symptômes, tous les points de l'étiologie ou du traitement, écrire de longues pages là-dessus, mais serait-ce bien nécessaire? Oui, sans doute, dans une histoire générale du typhus amaril; mais dans le cas spécial où nous sommes placé, nous avons signalé déjà assez de divergences pour n'avoir point à insister plus longuement.

Différence entre la fièvre jaune et la typhoïde bilieuse.

L'illustre Larrey, dans sa *Relation de la campagne d'Égypte*, a décrit une maladie qui depuis a été étudiée sous le nom de typhoïde bilieuse et qui a assez de points de contact avec la fièvre jaune pour avoir besoin d'être mise en parallèle avec elle quand on s'occupe du diagnostic différentiel du typhus amaril.

Cette typhoïde bilieuse présente bien un premier point de divergence, c'est qu'elle a été observée sous forme d'épidémies intenses et de longue durée dans des pays de la zone tempérée et même de la zone froide, Moscou, par exemple, tandis que la fièvre jaune a au contraire une préférence marquée pour les pays de la zone torride. Mais n'oublions pas de constater que

cette divergence est toute relative ; elle peut même cesser entièrement; et en effet, d'une part, lorsqu'on a vu la typhoïde bilieuse en Égypte, on ne peut plus dire qu'elle ne vient pas se montrer dans les pays chauds; d'autre part, les apparitions du typhus amaril en Espagne, en Portugal, en France, en Italie, en Angleterre même, ont prouvé qu'il peut faire des incursions dans les parallèles élevés; bien plus, on peut penser qu'à mesure que la rapidité des traversées transatlantiques sera augmentée, on verra les chances de propagation de la maladie dans les pays tempérés être de plus on plus grandes.

Si on n'y regarde pas de très-près il est bien difficile de montrer une différence radicale entre la typhoïde bilieuse et la fièvre jaune, car, d'une part, on voit des phénomènes réactionnels, à forme inflammatoire, dans les premiers temps de l'atteinte : fièvre intense, céphalalgie, injection des conjonctives, etc., etc.; d'autre part, quand un certain temps s'est écoulé, on constate dans les deux affections : de l'ictère, des hémorrhagies, des accidents dits typhoïdes, etc., etc. Mais cependant on peut déjà noter quelques divergences; ainsi par exemple la marche de la température est différente puisque, graduellement et assez lentement ascendante dans la typhoïde bilieuse, elle acquiert très-vite son apogée dans le typhus amaril. Notons aussi que cette température reste élevée pendant un temps relativement long dans la typhoïde, elle tend à descendre bientôt dans la fièvre ictérode. D'autre part, la constance de l'hypertrophie de la rate dans la typhoïde bilieuse est de nature à séparer cette maladie de la fievre jaune. Enfin, la marche elle-même de la maladie présente une différence assez sensible, car les phénomènes sont plus lents à évaluer dans la typhoïde bilieuse que dans l'autre.

On a vu la typhoïde bilieuse naître sur place dans la zone tempérée sans qu'on pût accuser l'importation. On a toujours pu constater ou au moins très-fortement présumer l'importation tropicale de la fièvre jaune ; l'une a été observée plus d'une fois dans l'extrême Orient où l'autre n'a jamais été vue. Mais ne nous y trompons pas, c'est là une ou plusieurs différences qui n'ont rien de bien péremptoire. Il faudra de nouvelles études qui nous feront mieux connaître les détails des deux maladies pour bien les différencier sans crainte d'avoir à revenir sur ce point du diagnostic.

Différences entre la fièvre jaune et la fièvre à rechutes.

Il me semble tout d'abord irrationnel de faire entrer la fièvre à rechute dans le nombre des maladies qui peuvent être confondues avec la fièvre jaune, quand on consulte certains auteurs étrangers. Mais cependant, après les travaux publiés par les médecins de la marine qui l'ont observée, soit à la Réunion, soit dans l'archipel indien, soit à la Guyane, il est indispensable de ne pas négliger le parallèle entre les deux maladies.

Notre savant collègue, le Dr Mac-Auliffe, a inséré, dans les *Archives de médecine navale*, une excellente monographie de la fièvre à rechutes. Notre ami, le Dr Maurel, médecin de première classe de la marine, qui l'a observée à la Guyane, nous a fourni, sur le compte de cette pyrexie, de précieux documents; c'est à ces sources que je puiserai pour le diagnostic différentiel.

Fièvre à rechutes.	*Fièvre jaune.*
Degré léger.	*Degré léger.*
Pas de prodromes.	Prodromes très-souvent.
Courbature peu prononcée.	Courbature très-prononcée.
Pas de lumbago ; pas de douleurs.	Lumbago, épigastralgie, douleurs dans les hypochondres.
Pas d'agitation.	Un peu d'agitation.
Toux, bronchite légère.	Pas de toux, quand il n'y a pas de changements subits de température dans l'atmosphère.
Pouls plein, sans dureté, de 112 à 140.	Le pouls ne montant pas à 100.
Bouche amère, pâteuse.	Souvent ni amère, ni pâteuse.
Ventre indolore et souple.	Abdomen développé, sensible à la pression dans les hypochondres surtout; gargouillements au toucher.
Pas de constipation.	Presque toujours constipation, quelquefois diarrhée, chez tous les sujets pris à tel ou tel moment de l'épidémie.
Urines normales.	Urines brunissant par l'acide azotique. Erythème scrotal; très-souvent enduit gingival.
Pas de taches ombrées.	Taches ombrées très-souvent.
Degré grave.	*Degré intense.*
Plus fréquent que le degré léger.	Plus rare que le degré léger.

Quatre périodes : A. Augment; B. Collapsus; C. Rechute; D. Convalescence.	Trois périodes : A. Augment; B. Adynamie; C. convalescence.
Première période.	*Première période.*
Début subit le plus souvent; période inflammatoire du début, moins franchement accusée.	Prodromes le plus souvent; période inflammatoire du début très-accentuée.
Pouls plein et dépressible de 112 à 140.	Le pouls dépasse exceptionnellement 100 ou 110.
Respiration anxieuse dans les cas très-graves seulement.	Respiration anxieuse dans les cas ordinaires même.
Ventre douloureux aux hypochondres seulement.	Abdomen douloureux en plusieurs endroits; épigastralgie.
Pas de vomissements pendant la première période.	Vomissements ou vomituritions fréquemment.
Subdélirium; mouvements musculaires involontaires.	Pas de phénomène analogue dans la première période.
Pas d'éruption signalée.	Eruption de taches ombrées.
Pas d'enduit gingival; pas d'érythème scrotal signalé jusqu'ici.	Enduit gingival et érythème scrotal pathognomoniques.
La mort survient quelquefois à la fin de cette première période.	La maladie n'est presque jamais mortelle à ce moment.
Deuxième période.	*Deuxième période.*
Les phénomènes indiqués par la description générale sont les mêmes : défervescence, rémission, ictère, etc; mais, en comparant un cas particulier à un autre, on voit qu'il n'y a pas d'analogie bien exacte.	
Troisième période.	*Troisième période.*
Rechute tellement fréquente qu'elle a imposé le nom à la maladie.	Manque dans la fièvre jaune, dans l'immense majorité des cas.
La rechute est toujours moins grave que la première atteinte.	Dans les très-rares cas de rechute signalée dans la fièvre jaune, elle a été plus grave que l'atteinte.
Quelquefois une seconde rechute.	Rien d'analogue.

Pour ce qui est de la fièvre à rechutes telle que l'a observée notre camarade, Mac-Auliffe, dans l'Océan indien, on peut donc dire que les différences sont assez accentuées pour que la fièvre jaune ne puisse plus être mise en question. Mais nous devons convenir cependant que les faits observés au Maroni, dans ces dernières années, font qu'on ne peut pas dire que toute indécision soit bannie désormais, touchant ce point de pathologie, quand cette fièvre à rechutes se montre dans les pays comme

la Guyane. On sait, en effet, que notre savant camarade Maurel a diagnostiqué fièvre à rechutes des atteintes que d'autres médecins de la marine, en service au Maroni, soit avant, soit après lui, ont appelées fièvre jaune, et le débat ne pourra être jugé que lorsque les pièces contradictoires auront été publiées, de manière à ce qu'on puisse les discuter, les peser et les comparer. Il faut espérer que dans un temps prochain les consciencieux rapports de MM. Maurel, Burot, Dupont, Alavoine, Infernet seront insérés dans les recueils scientifiques, et nous devons remettre jusque-là notre tentative d'élucidation de ce point de controverse médicale.

Diagnostic différentiel de la fièvre jaune et de l'hépatite fébrile (1° hépatite proprement dite, 2° ictère grave).

Ceux qui n'ont vu ni la fièvre jaune ni l'hépatite fébrile jusque-là, peuvent bien se demander si par hasard la confusion entre les deux maladies existe quelquefois, mais je crois que les différences entre les deux maladies sont telles qu'elles ne sont jamais prises l'une pour l'autre; et, en effet, ce n'est que dans un pays à fièvre jaune qu'on pourrait penser au typhus amaril en voyant un sujet atteint de phlegmasie aiguë du foie à un moment où la fièvre s'allume, et je suis persuadé que l'indécision ne serait pas de longue durée.

Je sais bien que l'hépatite est une maladie assez insidieuse pour avoir évolué sans être diagnostiquée comme il faut; mais remarquons que c'est avec le paludisme ou avec la fièvre typhoïde qu'elle a été confondue dans ce cas.

2° Quant à ce qui est de l'ictère grave, il est des moments de son évolution où il ressemble beaucoup à la fièvre jaune; mais, néanmoins, ce n'est qu'en forçant les analogies et en n'envisageant qu'une partie de la question que la similitude serait acceptée; en effet, mille preuves de la dissemblance peuvent être fournies. M. Jaccoud indique pour la zone tempérée cette première divergence que la fièvre jaune y est toujours importée tandis que l'ictère grave peut se développer spontanément; dans le cas particulier où nous sommes placé ici cette divergence est moins importante.

Au début, la fièvre jaune et l'ictère grave sont loin de présenter les mêmes phénomènes; en effet, pas d'ictère avant le 3e, 4e ou 5e jour, dans les cas de typhus amaril et même dans les atteintes légères c'est à peine si cet ictère est visible; ajoutons

que, dans beaucoup de cas il est tellement peu accentué qu'il passe inaperçu. Dans l'ictère grave, au contraire, la teinte jaune est très-précoce, accentuée même dans les cas les plus légers, car on ne comprendrait pas par la pensée un cas d'ictère grave sans jaunisse bien accusée.

Nous ne disons pas que la rachialgie, la céphalalgie sont des phénomènes capables de baser un diagnostic differentiel bien absolu, car on sait que ces symptômes sont variables d'un sujet à l'autre et souvent communs à plusieurs maladies. Mais cependant il n'y a dans l'ictère grave ni le *coup de barre*, ni cette céphalalgie avec photophobie que l'on note si souvent dans le typhus amaril.

M. Saint-Vel, qui a fait une étude approfondie de l'ictère à la Martinique, dit, dans son *Traité des maladies des régions inter-tropicales*, quelques mots qui jugent, il me semble, la question ainsi qu'on va le voir. « La confusion entre l'ictère grave et la fièvre jaune est impossible pour celui qui a vu les deux maladies. Les symptômes qui marquent l'invasion de l'une ne se rencontrent pas d'ordinaire au début de l'autre. Les hémorrhagies intestinale et stomacale sont assez rares et assez peu abondantes dans l'ictère malin. Dans la fièvre jaune les hémorrhagies sont multiples, variées, abondantes ; le vomissement noir en est le symptôme capital. Dans l'une absence d'ictère ; dans l'autre, comme phénomène primordial et essentiel, une véritable cholémie avec le précipité caractéristique que les urines donnent par les réactifs. L'évolution des symptômes antérieurs ne permettrait pas de confondre l'ictère accidentel de la seconde période qui annonce généralement une heureuse terminaison et coïncide avec l'amendement de tous les symptômes, avec les graves accidents de l'ictère malin. (Saint-Vel, loc. cit., p. 330.)

Analogies et différences de la fièvre jaune et de la fièvre dite inflammatoire des Antilles.

Nous ne saurions finir d'étudier le diagnostic différentiel de la fièvre jaune sans nous demander quelles sont les analogies et les différences de cette fièvre jaune avec la fièvre dite inflammatoire des Antilles, car, si nous songeons un moment aux phénomènes qui sont attribués aux deux maladies par ceux qui les ont observées, nous en arrivons à cette pensée qu'aucun état morbide n'est plus voisin ni plus comparable.

Certes, pour les gens du monde, la fièvre inflammatoire est

absolument différente de la fièvre jaune pour la grande raison, disent-ils, que dans l'une la guérison est la règle à peu près absolue; tandis que dans l'autre, le quart, sinon la moitié des individus succombe. Cette raison paraît péremptoire à ceux qui ne sont pas familiers à l'étude des maladies; mais nous semblera-t-elle aussi convaincante? Non! et si nous admettons, par exemple, qu'il y a entre les deux maladies une simple différence d'intensité, cette question de grande mortalité d'une part, de bénignité extrême d'autre part, ne s'opposerait plus à la réunion des deux maladies dans un même groupe.

Pour pouvoir parler des analogies et des différences qu'il y a entre la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune, il faut tout d'abord faire des éliminations; ainsi, par exemple, si nous voulions essayer de comparer le degré léger de la fièvre inflammatoire avec le degré intense du typhus amaril, nous ne trouverions, j'en conviens, rien de satisfaisant pour l'esprit. Par conséquent, commençons par dire que, quels que soient les résultats auxquels nous pourrons arriver dans notre comparaison, il reste bien sous-entendu et une fois pour toutes que nous éliminons, pour un moment, de la discussion, le degré léger et même le second degré de la fièvre inflammatoire d'une part, que nous éliminons la fièvre jaune grave d'autre part, par conséquent que nous ne comparons que les degrés moyen et intense de la fièvre inflammatoire et les degrés léger et moyen de la fièvre ictérode.

D'autre part, il faut considérer comme étranger ou au moins éventuel à la maladie proprement dite, le phénomène éruption que M. Ballot en 1860, et nous-même en 1876, avons constaté sur une bonne moitié de nos malades.

Or, la question étant réduite à ces termes, je dois avouer qu'après mûre réflexion, après étude approfondie et minutieuse, je suis arrivé à penser, comme Câtel, Amic, Ballot, Chapuis, Langellier-Bellevue et tant d'autres, qu'il n'y a pas de grande différence, qu'il ne s'agit pas en réalité de deux affections voisines, quelque rapprochées qu'on les suppose; mais que c'est bien au contraire la même nature de maladie : Ce seraient deux manifestations, une légère, l'autre grave, une bénigne, l'autre maligne d'une même intoxication miasmatique. Ou bien, si on préfère, la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune seraient le résultat différent produit par des émanations dont nous ne connaissons pas encore la nature, mais qui, tant qu'elles restent dans certaines limites, ne peuvent produire que l'ensemble de

phénomènes relativement bénins qui s'amendent, s'épuisent et disparaissent avant d'avoir compromis sérieusement la vie des individus frappés, c'est-à-dire qu'on a alors affaire seulement à la fièvre inflammatoire.

Lors, au contraire, que ces émanations morbigènes dépassent cette limite et arrivent au degré d'intensité suffisant, ils produisent le véritable typhus amaril avec sa terrible gravité.

En un mot, et pour bien faire comprendre notre pensée en finissant, nous dirons que la fièvre inflammatoire des Antilles ne serait, comme l'ont pensé mes prédécesseurs, que le premier degré de la fièvre jaune, le degré atténué de la maladie. Par conséquent, comme je le disais précédemment, on pourrait très-bien l'appeler la fébricule ictérode, la synoque amarile, ou bien la fièvre jaune abortive, d'après l'opinion du professeur Jaccoud; fièvre jaune bénigne de M. Crouillebois, pour donner d'un mot l'indication de sa nature et de sa gravité.

D'ailleurs, pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur au travail que nous avons publié précédemment sur la fièvre dite bilieuse inflammatoire et dans lequel nous avons étudié, en détail, toutes les particularités de la question.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC.

—

Dans le chapitre où nous avons fait l'analyse des symptômes, nous avons déjà dit quelques mots du pronostic, de sorte que nous n'avons, pour ainsi dire, plus qu'une étude complémentaire a en faire ici. Aussi devons-nous, dès le début, rappeler au lecteur que c'est dans le chapitre quatrième qu'il trouvera les indications que nous ne fournirons pas ici. Nous suivrons la marche d'exposition qne nous avons adoptée en décrivant la maladie elle-même pour signaler les phénomènes que l'on peut considérer comme favorables ou défavorables dans le cours d'une fièvre jaune ; c'est-à-dire que nous parlerons succincte-de la première période, de la rémission, enfin, de la seconde période. A proprement parler, on peut avancer que les signes favorables de la fièvre jaune n'ont pas besoin d'être énumérés bien longuement, car il suffit peut-être de spécifier que la maladie dont l'issue doit être heureuse est celle qui évolue sans phénomènes excessifs, et sans irrégularités symptômatiques, de sorte qu'en réalité c'est plutôt l'énnumération des signes pronostics fâcheux que nous faisons dans ce chapitre.

Il est presque oiseux de rappeler que le pronostic de la fièvre jaune varie suivant la gravité de l'atteinte. Nous savons déjà que, dans la forme franche et légère, la guérison est la règle très-générale et s'obtient facilement, tandis que, dans la forme insidieuse du degré intense la mort est très-fréquente ; qu'elle est, pour ainsi dire, fatale dans le degré sidérant.

Nous pouvons dire d'un mot que toutes les fois qu'on voit dans le cours de la fièvre jaune un phénomène prendre une importance plus grande que de coutume, un symptôme per-

sister au delà du temps normal, pour ainsi dire, la porte est ouverte aux accidents les plus graves, la vie est en danger. Donc, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans de longs détails, on doit avoir présent à la mémoire ce point capital que toute anomalie est de fâcheux augure.

PREMIÈRE PÉRIODE.

On a dit souvent que plus la température s'élève au début de la fièvre jaune plus le danger est grand; la chose est exacte le plus souvent; mais, d'une part, les cas de fièvre abortive, ce que l'on appelle la fièvre inflammatoire des Antilles, vient donner un démenti à cette opinion, parce que, malgré une ascension considérable du thermomètre, on voit la santé revenir; d'autre part, le début insidieux des degrés graves induirait en erreur un observateur qui ne porterait pas son attention sur tous les signes capables de le renseigner.

On a été frappé avec raison de la terreur que présentent quelques individus, et les auteurs s'accordent à dire que c'est un signe pronostique des plus fâcheux. Ceux qui ont traversé les épidémies de fièvre jaune se souviennent de nombreux faits dans lesquels le médecin ne voyait pas de prime abord une bien grande sévérité, alors que le malade prédisait sa mort prochaine, ce que l'événement a vérifié.

La persistance des phénomènes morbides, sans aucune apparence d'amélioration pendant plus de quarante-huit heures, est un signe pronostique fâcheux; la chose se comprend très-bien, car nous savons que, dans le degré léger, la défervescence se fait vite et que, dans les degrés plus intenses, la gravité de l'atteinte est toujours telle qu'on peut craindre pour la vie.

Notons brièvement que la sécheresse persistante de la peau sans moiteur ou avec des moiteurs fugaces, après un certain temps de durée de la période fébrile; que l'exagération des douleurs, dès le début, leur durée, leur réapparition après qu'elles s'étaient amendées; que les vomissements persistants avec notable anxiété épigastrique; que la respiration troublée, inégale, suspirieuse; que la longueur de la première période ou bien sa grande brièveté, lorsqu'il y a apparition rapide d'une teinte sub-ictérique sans détente bien franche et de bon aloi avec défervescence bien accusée par le thermomètre; que l'apparition d'une notable quantité d'albumine dans les urines peu après le début de la fièvre; que la prostration ou l'excitation

insolite, que la sécheresse de la langue, dès le commencement de la maladie ; que le manque de consensus entre les divers phénomènes morbides de la première période sont des signes pronostics fâcheux. Ils ne sont pas toujours, il est vrai, l'indice assuré de la mort; mais, comme ils présagent une atteinte intense, et que, dans les atteintes graves la vie est sérieusement menacée, le médecin doit craindre une issue funeste ou au moins la considérer comme une chose possible.

Rémission.

On peut dire que toutes choses égales d'ailleurs une rémission franche de tous les phénomènes après la première période est un signe favorable faisant espérer une guérison prochaine et facile. Au contraire, la persistance de la chaleur, de la fièvre, de la sécheresse de la peau d'un phénomène morbide quelconque de la première période, quel qu'il soit, sont l'indice d'une gravité qui peut, d'un moment à l'autre, être la cause d'accidents.

Nous avons encore ici une occasion, que nous ne laisserons pas échapper, d'insister sur la nécessité d'observer les malades avec grand soin, et en effet, au moment de la rémission, le bien-être est si grand relativement à ce qu'il était pendant la période initiale, que le malade est disposé à se trouver mieux. C'est un optimisme, qu'on me passe le mot, auquel on aurait tort de croire aveuglément. C'est assurément à cause de cela que nombre de fois les médecins ont eu des mécomptes, après avoir espéré très-positivement une guérison qui leur semblait promise par la rémission favorable qu'ils croyaient observer.

Un des signes les moins équivoques de la bonne rémission, est l'abaissement de la température ; aussi le thermomètre doit-il être mis en usage souvent et chez tous les malades quand on veut se rendre un compte exact de leur état. Bien plus, le thermomètre doit être observé avec soin, car lorsqu'il n'est pas placé convenablement il peut donner des indications inexactes qui doivent être imputées à l'observateur et non à l'instrument. Dans les cas qui nous occupent ici, je dirai que l'examen de la température par la main du médecin promenée sur l'avant-bras ou la face du malade, est un mauvais moyen d'appréciation ; il faut de toute nécessité si on veut avoir une idée exacte de la situation, placer la main exploratrice dans l'aisselle ou sur l'abdomen, ces régions étant couvertes par la chemise et même

le drap de lit. Si on oublie d'interroger la température avec un soin aussi minutieux, il arrive souvent qu'on note une chaleur normale, une fraîcheur de bon aloi de la peau, alors qu'en réalité la température du malade est encore à 39°, 39,5, 40° même.

N'oublions pas, ainsi que le fait remarquer avec une certaine insistance M. le professeur Jaccoud, que dans la fièvre jaune la température reste élevée pendant ce qu'on appelle la rémission et la seconde période dans les cas graves. En un mot, la température est le critérium le plus sûr pour l'appréciation du degré de gravité. La connaissance de cette particularité nous montre d'un coup toute l'importance de l'investigation, à l'aide du thermomètre et la nécéssité de prendre des précautions pour que ce thermomètre soit placé dans des conditions convenables pour bien indiquer l'état réel de la chaleur du malade.

SECONDE PÉRIODE.

Ce que nous venons de dire touchant la persistance d'une température élevée pendant le moment où on devrait normalement la voir baisser, est *a fortiori* de mise ici; car en effet, lorsque les phénomènes de localisation se montrent, si la chaleur est forte la situation est grave et peut se terminer fatalement.

La sécheresse de la peau, les inégalités du pouls ou de la circulation dans les diverses portions du corps, se traduisant par des sueurs partielles, la cyanose de la face ou des extrémités, l'anxiété, la peur, les troubles de la respiration, la sensation de chaleur intérieure, etc., que l'on observe parfois dans la seconde période, sont des signes fâcheux.

L'insomnie persistante est d'un mauvais pronostic, de même qu'un sommeil calme survenant après une insomnie prolongée est une bonne chose.

La réapparition des douleurs est un signe pronostic fâcheux en général; Rochoux (*loc. cit.*, p. 118) l'avait déjà reconnu et maintes fois depuis on a eu l'occasion de le vérifier.

Du côté du tube digestif, il est maints phénomènes qui sont l'indice de plus ou moins de gravité; c'est ainsi, par exemple, que la sécheresse et la tendance à la sécheresse de la langue, les spasmes du pharynx de l'œsophage, la dysphagie, le hoquet sont des plus fâcheux indices.

Les vomissements sanglants depuis celui qu'on a appelé ailes de mouche jusqu'au vomissement noir proprement dit,

sont extrêmement graves. Nous en avons assez parlé précédemment pour n'avoir pas y revenir ici. Les selles noires sont l'indice d'une exhalation sanguine dans le tube digestif, et à ce titre présentent une gravité notable. N'oublions pas de rappeler que des selles bilieuses assez abondantes signalent une amélioration dans nombre de cas.

Les hémorrhagies passives sont d'un fâcheux augure quand elles sont abondantes ou persistantes. L'apparition d'ecchymoses autour des piqûres de sangsues ou sur diverses parties du corps sans cause appréciable est dans le même cas.

Nous avons vu que l'ictère présente, suivant le moment de son apparition et suivant son intensité ou sa coloration, des différences notables pour le pronostic ; c'est ainsi, par exemple, que lorsque cet ictère se manifeste lentement et garde une couleur claire, il ne constitue pas un signe inquiétant, toutes choses égales d'ailleurs.

L'état des urines mérite aussi une attention soutenue ; nous avons vu précédemment que la gravité est en relation directe avec la quantité de l'albumine et en relation inverse de la quantité de liquide excrété.

Le docteur Cornillac, dans son excellent livre sur la fièvre jaune, a fourni une énumération des signes favorables et défavorables. Nous y renvoyons le lecteur et nous terminerons ce chapitre, en présentant sous forme de tableau à deux colonnes les bons et les mauvais indices que l'observateur peut rencontrer.

Tableau sommaire de la valeur pronostique des phénomènes morbides de la fièvre jaune.

Bons signes.	*Mauvais signes.*
PREMIÈRE PÉRIODE	
Phénomènes modérés, bien pondérés, ne durant pas trop longtemps, défervescence naturelle, rapide, sans hésitation.	Peur, agitation ou prostration insolite, exagération d'un phénomène de douleur ou sa persistance, durée de la fièvre.
	Persistance de la sécheresse et de la chaleur de la peau, respiration inégale, anxieuse, pouls intermittent, tendance à la sécheresse de la langue.
	Soif inextinguible surtout si l'ingurgitation des moindres quantités de liquide, provoque des vomissements, nausées, vomituritions, hoquet, dysphagie.

Transition de bon aloi arrivant à son heure, suivant que l'atteinte est plus ou moins intense, rémission franche, sans exception.	Brièveté de la période inflammatoire franche et apparition précoce d'une sorte de détente de mauvais aloi, avec persistance de la chaleur, apparition précoce de l'ictère.

DEUXIÈME PÉRIODE

Température peu élevée, amélioration franche de tous les phénomènes sans exception, retour du sommeil calme, transpiration de bon aloi, les selles bilieuses sont parfois critiques et de bon augure.	Persistance ou réapparition des douleurs, de l'agitation, délire, cris insconscients, stupeur, vertige, défaillance, ataxie, convulsion, épigastralgie, spasmes, dysphagie, nausées, sentiment de chaleur intérieure intense, insomnie, hypéresthésie de certains points, algidité générale ou partielle.
État humide de la langue et tendance au retour à l'état normal de la bouche.	La sécheresse persistante, l'état *rôti* de la langue, les hémorrhagies de cet organe. Quand elles sont abondantes, la soif inextinguible, le hoquet, le vomissement, la dysphagie. Les vomissements colorés d'autant plus qu'ils sont plus voisins de la couleur noire.
L'état est d'autant moins grave que les urines restent plus près de l'état physiologique, l'apparition des principes de la bile en petite quantité à la fin de la maladie n'est pas un mauvais indice.	Diminution de la quantité des urines, augmentation de leur densité, de la quantité d'albumine, anurie plus ou moins prolongée, ce dernier phénomène est mortel pour peu qu'il se prolonge. Ecchymoses autour des piqûres de sangsues, des vesicatoires ; sur des régions où rien ne paraît les justifier, les hémorrhagies quelles qu'elles soient quand elles sont assez abondantes sont un signe très-fâcheux, elles présagent souvent l'apparition du délire et des accidents ultimes.

Nous pouvons, je crois, arrêter ici l'étude du pronostic de la fièvre jaune. Les renseignements que nous venons de fournir, joints à ceux que nous avons donnés précédemment, sont de nature à fixer aussi bien les idées sur ce qui se voit ordinairement.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

—

Nous voici arrivé aux chapitres les plus importants de ce livre, qui vise surtout à avoir une utilité pratique ; mais ce sont peut-être les plus difficiles à écrire. Celui-ci en particulier présente une difficulté si grande que l'esprit s'arrête presque découragé devant l'aridité de la tâche que l'obscurité de nos connaissances actuelles touchant la fièvre jaune rend vraiment insurmontable.

Si l'étude du traitement de la fièvre jaune pouvait consister seulement dans l'énumération d'une série de médicaments ou de médications plus ou moins différentes, le travail ne serait que long et ennuyeux ; mais si on veut ne pas rester dans le champ des banalités de la thérapeutique et de la physiologie, si on veut, en un mot, prendre, à un moment donné, la maladie corps à corps véritablement pour arriver à un résultat pratique, c'est-à-dire à la guérison de quelques malades de plus, on s'aperçoit aussitôt de l'inanité de nos moyens de traitement. Aussi dix fois ai-je entrepris d'écrire ce chapitre, et dix fois mon esprit découragé s'est laissé vaincre par l'aridité du sujet.

Il faut même que la nécessité absolue me force à ne pas passer ce traitement sous silence pour avoir la force d'aller jusqu'au bout, et je ne puis le faire qu'en avouant dès la première page notre impuissance presque absolue jusqu'ici à lutter efficacement contre le typhus amaril.

Faut-il se décourager et renoncer à essayer désormais de lutter contre la fièvre jaune, se bornant à employer seulement tels ou tels remèdes sans espoir de faire un peu mieux que n'ont fait nos prédécesseurs? Non, mille fois, ce serait non-seulement l'aveu d'une paresse d'esprit très-condamnable, mais aussi ce serait une grande faute. Ici plus que jamais, le mé-

decin est en droit de répéter cette phrase célèbre, que la difficulté de réussir ajoute à la nécessité d'entreprendre.

Après avoir fait, au début, cet aveu de l'imperfection de nos connaissances actuelles en matière de fièvre jaune, je vais présenter l'énumération des agents que la thérapeutique doit employer pour lutter contre la maladie dans l'état actuel de nos connaissances, et si un jour nos successeurs ont trouvé un moyen plus efficace, qu'ils ne songent à notre impuissance actuelle que pour nous plaindre d'avoir été si pauvres dans notre grand désir de faire le bien.

Nous allons suivre, dans cet exposé du traitement de la fièvre jaune, la marche que nous avons adoptée en décrivant la maladie, c'est-à-dire que nous allons nous occuper successivement des moyens à employer au moment de l'invasion; lorsque la période fébrile est plus accentuée, lors de la rémission. En un mot, nous allons suivre l'évolution du mal pour parler au fur et à mesure des agents thérapeutiques qu'on peut lui opposer.

Nous ne partagerons pas notre exposé en cas légers, moyens ou graves, cette dernière division nous entraînerait à des redites qu'on peut éviter en disant *a priori* qu'il faut insister sur tel ou tel moyen préconisé suivant l'intensité des phénomènes morbides ou la sévérité de l'atteinte.

Dans cet exposé du traitement de la fièvre jaune, écrit surtout en vue de montrer à nos successeurs quels sont les agents les plus propres à donner quelques faibles chances de succès quand on est en présence d'une atteinte de typhus amaril, nous avons pensé qu'il fallait procéder d'une manière un peu différente de celle qui a été souvent mise en usage. Et, en effet, nous avons commencé par présenter le sommaire du traitement employé à diverses époques et par les hommes qui ont eu le plus grand nombre de malades à soigner, c'est-à-dire qui étaient dans la meilleure situation pour apprécier au lit du malade la valeur réelle de mille moyens thérapeutiques préconisés çà et là dans maints pays et maintes circonstances. Nous trouverons, je crois, dans la comparaison des résultats obtenus, une première indication assez utile pour notre édification.

Après avoir fourni ce premier jalon, nous passerons en revue les diverses médications employées en suivant les errements qui nous ont paru utiles dans notre *Étude sur la fièvre jaune au Sénégal*, c'est-à-dire parlant successivement de ceux qui sont de mise au moment de l'invasion à la rémission, lors de la seconde période.

Énumération des divers traitements opposés à la fièvre jaune.

Nous devons faire, au début de cette énumération, quelques réserves et fournir quelques explications, de peur que la critique ne nous fasse des reproches plus faciles à formuler qu'à éviter. Si ceux qui aiment à trouver l'œuvre des autres mauvaise ou imparfaite avaient à faire eux-mêmes le travail, ils seraient plus indulgents; mais dans le cas présent, comme toujours, nous avons l'espoir qu'un certain coefficient de bienveillance ne nous manquera pas, eu égard à notre bonne volonté dans le champ des efforts scientifiques.

Nous l'avons dit souvent et nous le répétons encore, nous n'avons pour objectif en ce moment que l'étude de la fièvre jaune à la Martinique, d'une part, et d'autre part nous écrivons ce livre sur les lieux mêmes, dans l'hôpital militaire de Fort-de-France où il y a plus de malades que de livres, où on peut voir, rien qu'en jetant la vue dans une salle, toutes les maladies dites exotiques, mais où les documents écrits sur ces maladies font presque entièrement défaut.

Donc il est bien entendu que nous n'avons aucune prétention à l'érudition; nous laissons volontiers cette satisfaction, à ceux qui font de la pathologie exotique du fond de leur cabinet dans les grandes villes de l'Europe, et s'il nous arrive d'appeler, par exemple : traitement de Câtel la manière de soigner les malades qui a été dénommée d'une autre manière dans un autre pays ou en Europe, on ne devra pas croire que nous avons méconnu ou voulu négliger sciemment tel droit de priorité. Non, nous avons seulement voulu dire que Câtel employait cette manière de traiter les malades à la Martinique. Car ce n'est pas, nous le répétons, une étude théorique ou critique que nous écrivons, c'est un travail qui a le désir de rester dans le strict terre à terre pratique et local, pensant que nous nous rendons ainsi utile dans la limite afférente à notre rôle et à notre modeste position de médecin voyageur.

Traitement employé dans les premiers temps de l'occupation de la Martinique.

Nous n'avons que des renseignements très-incomplets sur la médication employée contre la fièvre jaune à la Martinique, dans les premiers temps de l'occupation. Le Père Dutertre et le Père Labat qui ont écrit l'histoire de ces temps-là, n'étaient

pas des médecins, et, à ce titre, ne se sont pas suffisamment étendus sur ce sujet. Néanmoins, nous savons qu'on recourait à la saignée et aux purgatifs dans une large mesure; mais à côté de ces agents d'une thérapeutique rationnelle, mille moyens dictés par un empirisme aveugle où le souvenir de l'alchimie et de l'astrologie même venaient avec des prières occuper le temps des malheureux malades, en attendant que la vie eût triomphé ou que la maladie eût fait sa lugubre besogne.

Traitement employé au milieu du XVIIIe *siècle à la Martinique.*

Nous n'avons encore pu trouver aucun travail de longue haleine, écrit par un des médecins qui ont pratiqué à la Martinique pendant les années du milieu du XVIIIe siècle, mais nous avons lieu de croire qu'ils suivaient à cette époque les conseils donnés par Pouppé Desportes et Poissonnier-Desperrières. (Voir le *Traité des fièvres de Saint-Domingue*, Paris, 1780, p. 72).

Traitement des médecins anglais qui ont pratiqué à la fin du siècle dernier.

Beaucoup d'entre les médecins anglais qui pratiquaient à la Martinique de 1794 à 1802, employaient le traitement suivant. Ils commençaient par l'emploi d'une poudre composée de 0,75 centigr. de jalap et de 0,50 centigr. de calomel, répétant la prescription de six en six heures jusqu'à ce qu'ils eussent obtenus quatre ou cinq selles copieuses.

Les médecins anglais ne recouraient à la saignée générale qu'exceptionnellement et chez les sujets pléthoriques, l'employant concurremment au purgatif précédent, d'après les idées de Chisolm.

Pour aider l'action de ce purgatif, ils donnaient une tisane agréable à boire : eau d'orge, eau de poulet, et pendant tout le temps de la période fébrile, ils tenaient le ventre libre avec soin par de l'huile de ricin, de l'orge additionnée soit d'émétique (émétique en lavage), soit de manne, soit de crême de tartre, soit d'un sel de soude ou de magnésie ; — ils donnaient aussi dans le même but des lavements émollients, légèrement purgatifs même, et il est bien entendu qu'ils ne cherchaient pas à provoquer le vomissement en employant l'émétique.

Dès que le pouls baissait, ils donnaient de l'infusion de camomille ou de serpentaire de Virginie, additionnée d'alcool sulfurique ou de laudanum.

Dès que les forces se déprimaient, les médecins anglais recouraient au vin, au rhum, au quinquina; ils poursuivaient volontiers les douleurs de la première et surtout de la seconde période par les vésicatoires.

TRAITEMENT DE DARISTE.

Dariste qui a passé près de trente ans à la Martinique, de 1791 à 1819, et qui a pratiqué la médecine avec grand succès, nous a donné dans son livre (*Recherches pratiques sur la fièvre jaune.* Paris, 1825), des renseignements précis sur la manière dont il traitait la fièvre jaune : Deux méthodes générales de traitement, dit-il, ont été imaginées pour combattre la fièvre jaune. Dans l'une on se propose d'attaquer le principe délétère prétendu putride qu'on croit être la cause de la maladie. En conséquence on met en usage les antiseptiques, c'est la méthode tonique excitante ou antiseptique. Dans l'autre on considère la maladie comme une phlegmasie produite par l'action d'un principe délétère sur les nerfs, et de là sur les vaisseaux capillaires qui s'engorgent, d'où l'indication d'employer des antiphlogistiques et des débilitants.

Dariste penchait résolument du côté de la seconde méthode, en compagnie de Hillary, Moseley, Jakson, Clarkd, Chisolm, Schote, mais il faisait remarquer avec soin qu'il y a certaines conditions à observer, car il dit « toutefois la méthode débilitante ne réussit pas si elle n'est employée avec la plus grande circonspection et surtout dès l'invasion de la maladie. Il est hors de doute que beaucoup de malades ont succombé pour n'avoir pas été saignés quelques heures plus tôt; » et il ajoute : « ces méthodes exclusives, si utiles qu'elles soient, ne peuvent jamais remplir toutes les indications, et ne doivent par conséquent pas être admises en principe comme généralement bonnes, car si on emploie la méthode excitante pendant la période d'irritation ou si on admet la méthode débilitante pendant la période d'asthénie et même pendant celle qui la prépare, le mal que l'on peut faire est incalculable. »

Dariste attachait une grande importance à la distinction des diverses périodes de la maladie, et voici ce qu'il conseillait pour chacune d'elles.

Première période. — Irritation.

Lorsque le malade éprouve de vives douleurs à la tête, que le pouls est

dur et élevé, qu'il y a de la chaleur et de la rougeur à la peau, douleurs aux membres et aux reins, la saignée convient. Celle du pied doit avoir la préférence lorsqu'à la douleur de tête se joignent l'embarras et la pesanteur de cette partie. Cette saignée qui amène quelquefois une détente favorable sera aussi copieuse et aussi souvent répétée que la nature et la ténacité des accidents le commandent. Mais il se présente ici un précepte dont la stricte observation est de rigueur, c'est de précipiter les évacuations sanguines si on juge qu'elles doivent être réitérées. Autrement la marche des accidents est telle, qu'on n'a pas ordinairement vingt-quatre heures à sa disposition pour recourir avec succès à ce puissant moyen, lequel au contraire deviendrait nuisible si la jaunisse apparaissait, si le pouls se déprimait naturellement ou s'il s'affaiblissait au fur et à mesure de la sortie du sang. »

Dariste cessait de pratiquer des saignées dès qu'il voyait survenir une détente, et, si quelques douleurs de tête persistaient, il recourait à des sangsues autour du cou, aux tempes; il les appliquait au thorax dans les cas de gêne respiratoire, à l'épigastre, aux lombes, à l'anus; bref, il avait pour objectif de poursuivre et faire cesser ainsi les douleurs. Il attachait d'autant plus d'importance à l'emploi de ces sangsues, qu'elles pouvaient être mises en usage, d'après lui, à une époque où les saignées générales n'étaient plus indiquées.

Pendant l'emploi de ces saignées et des sangsues, Dariste donnait à l'intérieur des boissons tempérantes nitrées ou acidulées, telles que : eau de veau, de poulet ou d'orge, additionnée de 1 gr. 20 cent. de nitrate de potasse par litre, — limonades végétales, minérales, eaux gazeuses acidulées, — et même il conseillait de donner, lorsque le malade pouvait le supporter, du jus d'orange ou de citron édulcoré, reconnaissant que trop souvent le vomissement est un grand obstacle.

Dans le cas de vomissements empêchant l'ingestion des tempérants, Dariste donnait des lavements tempérants, par petites quantités à la fois, afin que le malade les conservât. Il donnait des bains presque froids, considérant comme une très-heureuse condition quand les malades les supportaient, mais signalant que trop souvent ces bains donnaient une agitation pénible aux malades qui étaient obligés d'en sortir aussitôt.

Dariste trouvait aussi que les fomentations froides au jus de citron sur la peau, sont un des plus puissants moyens à mettre en œuvre dans la première période, et il faisait exprimer avec des fruits, pour pouvoir frictionner le malade avec une éponge ou une flanelle trempée dans le liquide. Dans l'intervalle des fomentations et des bains, il appliquait au front, au thorax, sur

l'abdomen, des serviettes trempées dans le jus de citron et fréquemment renouvelées. Il recommandait de ne pas être parcimonieux pour ce jus de citron et de le remplacer par l'acide sulfurique ou un acide pyroligneux, très-étendus au cas où on ne pourrait s'en procurer.

Dès que la détente se manifestait, il donnait 60 gr. d'huile de ricin dans 30 gr. de suc d'orange, de citron ou de sirop, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure, rapprochant ou écartant les prises, de manière à obtenir rapidement des évacuations alvines qu'on maintenait dans un état de fréquence convenable. Mais n'oublions pas de rappeler que Dariste signale le vomissement comme un obstacle fréquent et très-grand à la médication. Inutile d'ajouter que tout aliment, le vin, même étendu d'eau, étaient proscrits d'une manière absolue par lui pendant la première période.

Seconde période. — Relâchement.

Lorsque les moyens précités avaient obtenu une résolution complète, la convalescence se manifestait, réclamant de grands soins et des ménagements très-attentionnés. Mais trop souvent, cette résolution était incomplète, et, dès les premiers moments de calme, Dariste conseillait de cesser résolûment tout moyen débilitant, pour recourir au contraire aux excitants, aux toniques et aux dérivatifs administrés avec prudence. Pour cela, il prescrivait une infusion de quinquina, de camomille, de germandrée, de petite centaurée, de serpentaire de Virginie, d'écorce d'oranges. Si un phénomène nerveux se manifestait, il prescrivait du camphre, de l'éther acétique, de l'eau de fleurs d'oranger, de l'eau de cannelle et d'orge.

Mais, ici encore, Dariste signale le vomissement comme l'obstacle capital et fréquent, et il conseille, le cas échéant, d'employer les médicaments en fomentation ou en lavement. Dariste fondait des espérances sur l'action tonique de la quinine qui venait d'entrer dans la pratique, mais l'expérience ne les a pas justifiées. Pour tous les médicaments de cette seconde période, il dit avec grande insistance qu'il faut les donner avec un soin extrême et beaucoup de prudence ; les grosses doses sont nuisibles, disait-il, et augmentent l'excitation au lieu de produire la résolution, de sorte que, tout en tâchant de ne pas se laisser gagner de vitesse par les accidents toujours rapides à s'aggraver, il ne faut pas chercher à agir ni trop vite ni trop fortement.

Convalescence.

Dariste prescrivait une diète sévère dans la première période, — quelque légère nourriture quand la détente était faite et que les vomissements avaient cessé ; — il commençait par des féculents sous forme de crême, croyait que les substances grasses et le vin donnés trop tôt produisaient un mauvais effet, et ce n'était qu'au fur et à mesure de la réparation qu'il augmentait le régime, en se basant sur la tolérance de l'estomac. Il donnait des toniques, infusion ou décoction de quinquina, de colombo, de petite centaurée, etc., etc. ; le vin de Seguin, de gentiane, de quinquina, en ayant bien soin de les suspendre au moindre signe d'irritation.

TRAITEMENT DE SAVARESI (1803 ET 1804).

« Un résumé pratique de mon traitement, donnera une idée claire de l'application des règles et servira d'introduction aux observations cliniques, lesquelles achèveront de donner la connaissance la plus exacte de ma méthode curative. Supposons donc qu'il se présente un cas de fièvre jaune de premier degré et au premier jour de la maladie, je commence le traitement par faire appliquer un large vésicatoire à la nuque ou sur le crâne, ou aux régions rénales, ou sur le creux de l'estomac (1) ; je prescris immédiatement une ou deux potions excitantes majeures à prendre par cuillerées, la limonade minérale ou l'eau vineuse canellée pour boisson, un lavement huileux ou laxatif, et une ou deux pilules camphrées à l'entrée de la nuit. Au second jour, on observe que l'action de ces remèdes a déjà causé du soulagement ; je fais raviver le vésicatoire, je fais appliquer des cataplasmes stimulants au creux de l'estomac et aux reins, si ces parties sont tourmentées par la douleur, et si le cas l'exige, de préférence, l'épispastique à la nuque. De plus, je n'oublie pas l'épithème de vinaigre antiseptique sur le front. Si le mal de tête menace de revenir ; je prescris deux autres potions excitantes majeures sulfuriques ou muriatiques, (avec l'addition de dix gouttes de ces acides) ; un ou deux autres lavements ; le soir, une pilule camphrée opiatique, ou un bol sudorifique, ou une pilule de zinc, s'il y a un hoquet obscur (2), et la même boisson ; alors le malade a donné quelques selles, et les urines ont diminué. Au troisième jour, les mêmes potions, mais nitriques ; un ou deux lavements toniques ; renouvellement de l'épithème, des cataplasmes et du vésicatoire, s'il est nécessaire ; poudre

(1) Comme la céphalagie est la douleur qui domine le plus communément, je commençais presque toujours, par faire appliquer le vésicatoire à la nuque.

(2) L'oxide blanc de zinc réussit à merveille pour réprimer le hoquet quand il paraît pendant la fièvre.

sudorifique ou pilule musquée le soir, si le trouble se manifeste au cerveau, continuation de la même boisson, ou limonade nitrique. Au quatrième jour, le malade vomit tout ce qu'il prend, et ne peut retenir aucun remède, excepté les mixtures volatiles ou les potions antispasmodiques; ses urines sont très-diminuées ou supprimées; il a la suffusion ictérique, le vomissement noir, le délire, etc. : j'ordonne deux mixtures volatiles à prendre, par petites cuillerées, toutes les cinq minutes; les poudres sudorifiques, ou deux pilules de ciguë opiatique ou musquées le soir; deux lavements irritants, les frictions spiritueuses sur la surface du corps, et les vésicatoires fortement ranimés. Si les cantharides ne mordent pas, et que la suppression d'urine se confirme, ou si le hoquet et le vomissement noir sont continuels, le malade meurt. Si ces accidents n'ont pas lieu, le malade continue à vivre, et son état exige des soins bien dirigés et des secours puissants : on ordonne les mixtures volatiles ou les potions antispasmodiques jusqu'à ce que le vomissement soit entièrement passé; on administre ensuite les potions excitantes ordinaires, ou des potions de quinquina et toniques. Les vins amers, les vins chalibés, éthérés ou simples, le bain chaud, le bon vin, et le malade guérit peu à peu. Le second degré n'est pas attaqué avec autant de vigueur; je conserve absolument la même marche dans le traitement mais les moyens curatifs sont moins énergiques : le vésicatoire n'est pas ranimé si fréquemment, et il m'arrive rarement d'en faire appliquer un second; les potions excitantes majeures sont remplacées par les potions excitantes simples, qui ne contiennent pas d'opium; les bols et les pilules sont les mêmes, et leur usage est alterné avec le bol mercuriel camphré ou mercuriel opiatique, que j'ordonne également dans le premier degré, et qui n'ont jamais produit de salivation. Les lavements toniques et irritants sont administrés en moindre nombre, et l'emploi des remèdes topiques ne change point. Pour combattre le troisième degré, on se sert de ce second traitement modifié, sans rien changer à sa marche; et en faisant subir une légère diminution à cette dernière méthode, on agit efficacement contre le quatrième degré et la seconde espèce. Le lecteur, pour bien comprendre tout ce que je viens d'exposer dans ce résumé, et pour s'en rendre raison facilement, doit avoir présente à sa mémoire la description générale de la fièvre jaune; il verra avec quelle exactitude les puissances curatives sont employées à propos, et si elles correspondent par les indications fournies, par les différentes époques et par les accidents qui surviennent aux jours indiqués. Dans les troubles du cerveau, je ne manque pas de faire usage d'une plus forte dose de camphre, de musc et d'ammoniaque; j'augmente celle de l'acide nitrique dans l'affection des reins et de la vessie; je me sers plus copieusement de l'acide muriatique ou sulfurique pendant l'éruption de l'ictère; j'ai recours à l'opium dans les fortes dyspnées, ou dans les mouvements retardés ou irréguliers du cœur; et j'emploie dans les hémorrhagies, le sulfate acidule d'alumine, dont j'élève la dose à mesure que les pertes de sang augmentent : le muriate de mercure doux n'a pas été négligé, dans l'affection hépatique, quand elle dominait. Le premier degré exige qu'on l'attaque dès le commencement, par

une grande dose d'ammoniaque et par l'addition de l'opium, pourvu que l'on ne voie pas approcher l'affection comateuse : l'état convulsif de l'estomac, dans les vomissements, ne peut être soulagé ou tout à fait réprimé que par l'usage des mixtures volatiles. Relativement aux rechutes qui sont très-fréquentes, un traitement aussi énergique que celui destiné à triompher du premier degré, accompagné de plusieurs immersions dans l'eau chaude, au 34° ou 35° de Réaumur, avec l'addition aux autres remèdes, des éthers sulfurique et nitrique, est le seul qui convienne et qui m'ait réussi (*loc. cit.* p. 317 et suiv.).

TRAITEMENT DE ROCHOUX.

Rochoux, qui a pratiqué longtemps à la Martinique et à la Guadeloupe, nous renseigne dans son livre sur la manière de traiter la fièvre jaune, employée par lui et les médecins de son temps.

La saignée était le moyen qu'il employait volontiers, car il dit (p. 372) : C'est sans contredit le remède sur lequel on doit le plus compter, mais, pour cela, elle doit être pratiquée dès le commencement de la maladie. Trente-six ou quarante-huit heures après l'invasion, le mal est fait. Lors donc qu'on n'a pas saigné vers la fin du second jour, il est presque toujours inutile de le tenter ensuite. On peut, pour ceux chez qui l'on a usé de la saignée dès le début, continuer un peu plus tard l'usage du même secours, mais, même dans cette supposition, il y a peu à gagner en saignant après le troisième jour.

« La quantité de sang se mesure sur la gravité des symptômes et les forces du malade, il est bon que le malade éprouve un commencement de défaillance, cinq ou six saignées au plus si elles sont faites dès le début à des intervalles rapprochés, c'est-à-dire dans l'espace de 40 à 60 heures suffisent ordinairement pour modérer la violence des symptômes et permettre à la nature de résoudre l'inflammation. »

TRAITEMENT DE LEFORT.

Lefort, qui a été le médecin du roi, c'est-à-dire le chef du service de santé de la colonie pendant une dizaine d'années, commençait volontiers le traitement de la fièvre jaune par une saignée copieuse. Cette saignée était répétée de suite quand la fièvre persistait, mais c'était l'exception, car il dit qu'en général la première phlébotomie amène une détente favorable. Il recommandait de saisir le moment de cette détente pour purger

le malade avec de l'huile de ricin ou un sel neutre, et disons qu'il attachait une grande importance à l'emploi de ce purgatif en temps opportun : C'est, disait-il, une grande indication que celle de débarrasser les intestins par une médecine douce, des matières fécales qui y deviendraient, par leur séjour, une cause auxiliaire d'irritation.

Quelquefois, la maladie prenait dès lors une tournure favorable; dans le cas contraire, il recommençait exactement la même chose, à savoir une ou deux nouvelles saignées et une purgation analogue à la première, au moment où la détente semblait se faire sous l'influence de la phlébotomie.

Quand la tendance au vomissement se produisait, Lefort donnait 10 à 15 centigrammes de quinine dans la plus petite quantité d'eau possible.

Il disait que cette dose étant répétée toutes les deux ou trois heures, les vomituritions devenaient plus rares et finissaient par cesser; d'ailleurs, à chaque ingestion, le malade éprouve, disait-il, un sentiment de chaleur bienfaisante, qui s'étend de l'épigastre à tout le corps. Lefort assurait que, sous l'influence d'une pareille médication, continuée pendant deux, trois et même quatre jours, l'exhalation sanguine passive s'arrêtait, la langue se détergeait et redevenait de bon aspect, l'appétit renaissait et la vie se ranimait.

Lefort s'élevait avec vigueur contre l'emploi du quinquina dans la fièvre jaune, disant que, lorsqu'il est ingéré dans l'estomac ou introduit dans le rectum par un lavement au premier temps de la maladie, il produit du malaise, de l'anxiété, et même souvent le vomissement, augmentant la tendance aux congestions, etc., etc.

TRAITEMENT DE GUYON.

Pendant que Lefort pratiquait dans les hôpitaux, Guyon, qui était médecin des troupes à la Martinique, employait une médication toute différente, et il soutint contre son supérieur hiérarchique une polémique dont les journaux de l'époque se sont occupés avec une passion des plus regrettables.

Guyon cherchait à lutter contre la première période de la fièvre jaune, à l'aide des bains froids et des applications de glace ; il pensait qu'en abaissant ainsi directement la température, on pouvait tantôt juguler, tantôt diminuer au moins très-sensiblement la gravité de l'atteinte.

Dès qu'il avait pu obtenir la rémission des symptômes fébriles par l'emploi énergique des bains froids et de la glace, et, comme il le disait : le plus tôt est le meilleur. Guyon cessait les applications froides et n'y revenait plus dans la seconde période, mais, au contraire, il donnait aussi vite que possible, par le haut comme par le bas, le quinquina soit en poudre, soit en extrait à des doses massives, un peu d'après les idées de Bobadilla, dont je vais rapporter le traitement à titre de renseignement.

TRAITEMENT DE BOBADILLA.

Les médecins espagnols ont employé quelquefois le traitement suivant préconisé par le docteur Bobadilla en 1804 : on donne dans les quarante-huit premières heures de l'invasion, 8 onces 240 grammes de poudre de quinquina et on dit que 1° si le malade peut ne pas le rejeter, 2° s'il commence à le prendre dès l'invasion même, 3° si le sujet est placé dans un lieu bien aéré, la fièvre cesse aussitôt et la convalescence survient.

Bobadilla a fourni à l'appui de son traitement des chiffres que nous trouvons consignés dans le livre de Bally (536) et dont voici la teneur.

1° médication commencée avant la 8e heure	97	atteints	1	mort, soit	1,0 p. 100
2° — — de la 8 à la 12e —	8	—	1	—	— 1,0 —
3° — — de la 12 à la 24e —	5	—	2	—	— 40,0 —
4° — — le 2e jour —	20	—	7	—	— 35,0 —
5° — — 3e et 4e jour —	17	—	9	—	— 52,8 —
6° l'ayant vomie ou prise trop tard	43	—	26	—	— 60.3 —
	190	—	45	—	— 23,6 —
7° n'ayant pas pris de quinquina	89	—	67	—	— 75,3 —
Totaux généraux. . . .	279	—	112	—	— 39,8 —

Si nous cherchons à baser un jugement d'après l'examen de ces chiffres, nous arrivons à trouver que la proportion de 23,6 des décès p. 100 n'est pas un signe de grande efficacité, de sorte que le groupement des cas ne nous paraît devoir être attribué qu'à l'extrême désir qu'on a eu d'avoir trouvé un moyen utile contre la fièvre jaune, et par conséquent nous ne croirons pas que le traitement de Bobadilla soit supérieur à un autre. D'ailleurs Bally était déjà de cet avis.

TRAITEMENT DE GAUBERT.

Le docteur Hilaire Gaubert qui a laissé une grande réputation de savoir à la Martinique et qui, pendant de très-longues années, a été à la tête de l'hôpital Saint-Pierre où il obtenait des résultats très-heureux dans le traitement des maladies, trouvait les indications suivantes dans la fièvre jaune sous le rapport du traitement.

1re *période.* — 1° appeler l'ensemble des mouvements du centre à la circonférence afin d'opérer une révolution efficace; et pour cela saignées, sangsues, ventouses scarrifiées; au début sinapismes aux membres inférieurs, frictions sur les différentes parties du corps, large vésicatoire épigastrique, aux jambes, quelquefois l'huile de ricin, la limonade de Casse, *jamais l'émétique* (il le regardait comme mortel) tisane de petit lait, d'eau gommée, de limonade, de tamarin, de citron, bière, eau glacée, eau sucrée, pas de vin (il occasionne d'après lui des vomissements).

2° *période.* — Il reste peu de choses à faire, disait-il, puisque l'estomac est si facilement révolté et il ajoutait : le quinquina, la quinine, le camphre, l'éther ont été employés mais trop souvent, je suis convaincu que le principe de la vie est frappé d'une atteinte mortelle dès le début.

TRAITEMENT DE CATEL.

Dans le rapport qu'il a publié dans les Annales maritimes et coloniales de 1840 sur l'épidémie de Saint-Pierre, Câtel a décrit en détail le traitement qu'il avait adopté et dont voici la teneur :

« La fièvre jaune est une phlegmasie ayant son siége dans la tête et l'abdomen consistant d'une part dans l'épaississement et l'inflammation de l'arachnoïde et l'engorgement des vaisseaux du cerveau; d'autre part, dans l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale.

« Le siége et la nature de la maladie une fois reconnus, notre traitement a été rationnel : modérer l'action du cœur et détruire l'irritation ou la phlegmasie, telles étaient d'abord les indications qui se présentaient; la saignée générale remplissait la première, les ventouses sèches et scarrifiées, les sangsues à l'épigastre, sur le trajet des jugulaires, derrière les oreilles et sur l'abdomen; les adoucissants à l'intérieur, l'eau fraîche, sucrée, gommée, eau de poulet, etc., les cataplasmes fomentataires, lavements émollients, pédiluves, bains et applications froides sur la tête; plus tard, des cataplasmes synapisés et même un vésicatoire sur l'épigastre dans le but d'arrêter les vomissements, enfin les vésicatoires aux jambes, aux cuisses et des synapismes suivant les circonstances remplissaient la seconde indication.

« On voit par ce qui précède que nous avons évité avec soin l'administration des substances irritantes ou toniques à l'intérieur, convaincu qu'une maladie inflammatoire qui a son siége dans les premières voies et l'hématose repousse une telle médication. »

« La vive sensibilité dont l'estomac est généralement atteint dans la fièvre jaune, impose une diète rigoureuse au malade, c'est d'après cette considération qui découle de la nature elle-même de l'affection, que nous prescrivons à l'intérieur, les boissons fraîches et adoucissantes et en très-petite quantité à la fois; nous recommandons même au malade dans certains cas de s'abstenir de toute boisson et de se borner à se rincer la bouche de temps à autre afin de prévenir le vomissement, symptômes toujours fâcheux dans cette maladie. »

« Nous combattons la constipation lorsqu'elle existe par des lavements émollients laxatifs et même purgatifs; lorsque le gros intestin est sain et qu'il s'agit de le débarrasser des matières dont la rétention ne peut qu'être préjudiciable. Les bains chauds conviennent et produisent généralement de bons effet à la suite des émissions sanguines; vers le troisième jour ils dissipent les douleurs qui existent encore dans les lombes et les membres, favorisent la transpiration, la sécrétion et l'émission des urines. »

« Dans le cas où le malade a été menacé de la suppression des urines, une application de trente à quarante sangsues sur l'hypogastre a souvent favorisé la sécrétion de ce fluide. Dans ce cas on seconde l'action des sangsues par un cataplasme émollient sur cette région et lorsqu'il y a lieu par un demi-bain chaud. »

« Lorsque les vomissements persistent après les émissions sanguines générales, nous avons eu à nous louer quelquefois de l'application d'un vésicatoire à l'épigastre. Nous avons également obtenu de bons résultats de l'emploi des vésicatoires aux cuisses et aux jambes toutes les fois que les malades ont été apportés dans un état de congestion cérébrale voisin de l'apoplexie. Dans les circonstances graves nous avons simultanément employé la saignée du bras, les sangsues derrière les oreilles et à l'épigastre et les épispastiques aux extrémités inférieures, ces moyens ont presque toujours produit d'heureux résultats. Tels sont les procédés à l'aide desquels nous avons traité 1,202 individus atteints de fièvre jaune. »

TRAITEMENT D'AMIC.

Pendant que Câtel était chef du service de santé de la colonie et pratiquait à Fort-de-France, Amic était son second et dirigeait l'hôpital de Saint-Pierre. Or il ne partageait pas du tout les idées de son supérieur hiérarchique et, au contraire, il préconisa d'autres moyens de traitement de la fièvre jaune avec une ardeur qui sentait de près la critique des actes de son prédécesseur.

Nous ne pouvons partager disait Amic (3e trimestre 1851) l'opinion des

médecins qui préconisent la saignée générale même jusqu'à la syncope dès l'invasion de la maladie. Nous avons vieilli dans la pratique et communément étudié l'effet de tous les moyens employés contre la fièvre jaune. La saignée jette le malade dans une prostration de forces dont il est difficile de le retirer. Nous nous sommes toujours abstenu de ce moyen comme aussi de l'emploi des vésicatoires qui le plus souvent ajoutent à l'irritation nerveuse persistante et développent les accidents fâcheux, presque toujours la plaie des épispastiques passe à l'état de gangrène. »

Dans le rapport de l'année 1851, il donnait les indications suivantes qui rendent bien compte de sa manière de voir dans le traitement de la fièvre jaune.

« Le peu de succès de cette médication (saignées larges) en est la preuve évidente, de plus elle a le grave inconvénient d'affaiblir le malade qui a besoin de toutes ses forces pour réagir contre la débilitation dont la période d'adynamie frappe les organes ; quant aux purgatifs, leur action est bien insuffisante, qu'on les emploie seuls ou avec les antiphlogistiques. »

« La méthode de perturbation au contraire m'a donné des résultats aussi avantageux au moins que dans les fièvres typhoïdes, mais il faut l'employer avec la plus grande énergie dès le début de la maladie, car le second jour même il est souvent trop tard. On commence le traitement par une forte application de sangsues aux tempes pour prévenir l'engorgement des vaisseaux sous-arachnoïdiens, puis on plonge le malade dans un bain froid en lui conservant une vessie pleine de glace sur la tête. Au sortir du bain froid, on l'entoure de couvertures de laine, on le met dans un bain de vapeur et on lui fait boire une infusion théiforme chaude. En alternant ainsi les bains le jour et la nuit sans discontinuer et en combattant constamment la constipation par des loochs d'huile de ricin on finit par obtenir une détente complète. Le principe délétère s'élimine par des sueurs abondantes et la maladie est réellement jugulée. Voilà quels sont les moyens thérapeutiques qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de la fièvre jaune. »

« Tout le succès dépend de la promptitude et de la persévérance avec lesquelles ils sont employés.

« Lorsque le malade se présente au troisième jour de la maladie (passage de la première période à la seconde, alors qu'une amélioration trompeuse commence à se déclarer, il n'est pas possible d'y recourir. On ne peut plus faire que de la médecine des symptômes et laisser à la nature le soin de guérir le malade, car en pareille circonstance toutes les médications ont échoué (Amic, rapport de l'année 1851).

Enfin terminons ce qui a trait à lui, en disant qu'il a résumé de la manière suivante le traitement qu'il employait contre la fièvre jaune (Rapport de 1852, Fort-de-France).

« Nous proscrivons la saignée et les applications de sangsues en masse.

Une longue expérience jointe aux observations nombreuses nous ont démontré que leur usage hâtait la mort. Les médecins qui les emploient nous paraissent se tromper sur la nature de la fièvre jaune, ils prennent pour la cause ce qui n'est que l'effet; la turgescence des vaisseaux capillaires ainsi que quelques lésions que révèle l'autopsie, ne sont nullement les indices d'une inflammation franche. La fièvre jaune est si peu un état inflammatoire général que lorsqu'elle est foudroyante comme nous en voyons beaucoup de cas, elle ne laisse aucune trace d'inflammation. »

« La fièvre jaune est, à n'en plus douter, une intoxication miasmatique. Le principe délétère se met en contact avec le sang dans les poumons par l'acte respiratoire, se répand avec lui dans toute l'économie par la circulation, va exercer son influence destructive sur tous les organes et trouble leurs fonctions. C'est cet état si grave que l'on veut combattre par la méthode antiphlogistique ou évacuante!

« On y a été porté par l'examen anatomique qui montre une inflammation grave des principaux organes ; mais ce n'est là qu'un effet. En l'attaquant par les émissions sanguines on ne détruit pas la cause qui existe réellement dans le sang. D'un autre côté, s'il est vrai, comme on l'admet théoriquement, qu'en enlevant une grande quantité de sang on enlève en même temps la plus grande partie du principe délétère, il est incontestable aussi que ce qui reste continue à exercer son influence fatale, le peu de succès de cette médication en est la preuve évidente. »

« De plus elle a le grave inconvénient d'affaiblir le malade qui a besoin de toutes ses forces pour réagir contre la débilitation dont la période d'adynamie frappe les organes.

« La méthode de perturbation me donne des résultats aussi avantageux au moins que dans les fièvres typhoïdes, mais il faut l'employer avec la plus grande énergie dès le début de la maladie, car le second jour il serait trop tard. On commence le traitement par une forte application de sangsues aux tempes pour prévenir l'engorgement des vaisseaux sous-arachnoïdiens puis on plonge le malade dans le bain froid en lui conservant une vessie pleine de glace sur la tête. Au sortir du bain froid on le met dans une couverture de laine, on lui fait boire une infusion théiforme chaude. Ces bains et tous ces accessoires sont répétés autant de fois qu'il faut y recourir pour amener une transpiration abondante. Lorsqu'elle n'était pas assez promptement déterminée par les immersions d'eau glacée, je les alternais avec des bains de vapeur et la sueur ne tardait pas à se montrer.

« En alternant ainsi les bains jour et nuit sans discontinuer et en combattant constamment la constipation par des loochs d'huile de ricin on finit par obtenir une détente complète. Le principe délétère s'élimine par les sueurs abondantes et la maladie est réellement jugulée. Voilà les moyens thérapeutiques qui m'ont réussi le mieux dans le traitement de la fièvre jaune. Tout le succès dépend de la promptitude et de la persévérance avec lesquelles ils sont employés. »

Amic conseillait les opiacés intus et extra contre la tendance

au vomissement de la seconde période, c'est ainsi qu'il trompait la soif par des fragments de glace dans la bouche, qu'il donnait du sirop de codéine par petites fractions et qu'il saupoudrait les vésicatoires épigastriques avec de la morphine. Ajoutons qu'il donnait la rapure de la racine de l'arada (*petiveria alliacea* de la famille des phytolaccacées) dans la pensée de rétablir ou entretenir le cours des urines.

Après avoir cru très-sincèrement que le traitement précité était excellent, Amic l'abandonna tout à coup pour les frictions d'huile empyreumatique et les potions iodées; mais il n'obtint encore que des résultats très-médiocres qui n'ont pas engagé ses successeurs à continuer les errements de la pratique.

TRAITEMENT DE DUTROULEAU.

Dutrouleau dont le nom est répété avec une respectueuse sympathie par tous les médecins de la marine parce qu'il a passé sa vie sur la brèche des épidémies coloniales, sourd à toute défaillance. Dutrouleau trouvant qu'il n'avait pas fait suffisamment encore en prodiguant tout son dévouement aux malades, a légué à ses successeurs un livre remarquable, véritable vade-mecum de la génération médicale actuelle. Il y a formulé à diverses reprises son opinion sur le traitement de la fièvre jaune.

Plein d'admiration et de respect pour mon illustre prédécesseur, dont le livre a été mon conseiller intime et de tous les jours pendant mes longues années de séjour dans la zone tropicale, je vais donner un résumé de son opinion. Je ne saurais mieux faire que de citer textuellement des passages de son traité et de ses rapports trimestriels lors de son séjour à la Martinique.

Première période. — C'est sur le traitement de la première période que la pratique varie le plus comme c'est aussi sur le véritable caractère de cette période et sur ses rapports avec la seconde que l'observation clinique est le plus en désaccord. Dire que l'activité de la circulation aboutissant assez rarement à la phlegmasie et se restreignant ordinairement à la congestion plus ou moins grave, doive toujours être combattue par les saignées à outrance, comme on l'a fait pendant longtemps de 1838 à 1844 particulièrement, c'est tomber dans une exagération aussi grande que de ne voir du commencement à la fin qu'une discrasie anémique qui exclut toute possibilité de processus inflammatoire du congestif et doit faire envisager les saignées comme agissant dans le même sens que la cause morbide. Cliniquement pour ceux qui emploient la saignée et qui en étudient les effets sans prévention, il est incontestable que, appliquée opportunément et dans de justes

mesures elle occasionne un bien-être et particulièrement un amendemen des douleurs que tous les malades accusent et que, si cette amélioration n'est pas toujours définitive, elle n'est pas du moins suivie d'accidents comme dans certains accès pernicieux ; la chaleur et l'activité circulatoires reprennent leur caractère primitif et l'adynamie de la deuxième période n'est pas plus grande que dans le cas où le traitement tonique et excitant a été mis en usage. Cette adynamie n'est pas un effet du traitement, c'est le caractère de la maladie (traité des maladies des Européens dans les pays chauds, p. 385).

« Quand un malade entrait, si c'était un inacclimaté, un de ces matelots de forte constitution, et si tous les symptômes du début étaient bien prononcés et qu'il n'y eût pas plus de 24 heures, et le plus souvent moins, on débutait par lui faire une saignée de six cents grammes et une application de quarante sangsues aux tempes, à cela on ajoutait des synapismes, des compresses froides sur le front, des compresses de citron et de sel sur les articulations douloureuses, puis enfin un lavement de Casse et de sel d'Epsom (sulfate de soude) comme dérivatif sur l'intestin. Presque toujours dans la même journée si le malade était entré le matin ou autrement le lendemain, si les symptômes persistaient on revenait à une saignée du bras de quatre à cinq cents grammes suivant l'intensité des symptômes et on répétait l'application des sangsues ainsi que les moyens révulsifs intérieurs et extérieurs.

Là se sont toujours bornées les saignées générales, mais pendant la seconde journée, de nombreuses sangsues étaient appliquées soit à la tête, soit à l'épigastre, suivant que c'était vers l'une ou l'autre de ces parties que la cause paraissait plus particulièrement porter son action. J'ai cependant été avare des applications de sangsues à l'épigastre, parce que plus tard c'était une porte ouverte à l'hémorrhagie qui affectionne particulièrement cette voie et qui alors résiste longtemps aux hémorrhagies.

Toujours est-il qu'après l'emploi des saignées, des révulsifs et des purgatifs en lavement, on voyait le plus ordinairement la fièvre tomber, la coloration changer et les douleurs de tête, des lombes et des membres disparaître presque complétement, quelquefois la maladie s'arrêtait là, le pouls reprenait sa souplesse, l'agitation cessait et le sommeil revenait.

« Toutes les fois que le traitement par la saignée au début a pu être largement employé il a réussi; il faudrait être aveugle pour ne pas voir les effets presque immédiats, s'il n'a pas toujours eu les mêmes résultats avantageux, c'est que le malade réclamait des soins trop tard ou que la maladie était modifiée. »

« Ce n'est pas d'ailleurs, sur l'autorité seulement toujours brutale des faits et de l'expérience que notre conviction était assise, elle reposait aussi sur le raisonnement et sur les idées que je me fais sur la pathogénie de la fièvre jaune et de la marche de la maladie (Dutrouleau, Rapp. sur l'épidémie de 1852).

Dans les commencements de sa pratique, Dutrouleau (Rap-

ports de Saint-Pierre et thèse inaugurale, employait volontiers le quinine, disant :

» La présence des sueurs et des frissons irréguliers a nécessité fréquemment l'usage du sulfate de quinine; il me semble qu'il se mêle à la fièvre jaune quelque chose de paludéen qu'il est prudent de combattre »; il donnait ce médicament dans la première période de manière à en faire absorber douze grammes en trois jours en potion ou en lavement.

Mais bientôt il reconnut que cette pratique ne produisait aucun bon résultat aussi il écrivait dans son livre (p. 390).

« Je n'hésite pas à signaler le sulfate de quinine employé au début de la fièvre jaune à titre d'antipériodique ou d'antipaludéen comme toujours inutile et souvent dangereux. »

Plus loin (p. 393), Dutrouleau ajoutait :

« C'est surtout après la première période et pendant le temps de repos quelquefois très-marqué, mais manquant souvent aussi, qui la sépare de la seconde, qu'on prescrit le quinquina et le sulfate de quinine dans la pensée qu'en profitant de cette sorte de rémittence on préviendra les accidents de la seconde période. J'ai suivi moi-même cette pratique en débutant, mais depuis je l'ai vue si constamment rester sans résultat dans les cas graves que je suis convaincu aujourd'hui que, si elle a paru réussir, c'est qu'il s'agissait de cas sans gravité et qui ne devaient pas avoir de seconde période. Le sulfate de quinine ne fait qu'augmenter les accidents qui vont suivre. »

Dutrouleau n'était pas partisan de l'emploi de l'émétique et le passage suivant de son livre le prouve.

« C'est à l'émétique qu'ont été attribués les résultats heureux de l'épidémie de la Basse-Terre en 1852. On n'a pas fait attention qu'à la même époque, les saignées modérées produisaient le même effet à la Pointre-à-Pitre. J'ai assez insisté sur la part qu'il fallait faire au degré de la maladie dans l'appréciation des effets du traitement pour avoir besoin de faire remarquer que dans le cas que je cite, l'émétique n'eut pas d'influence réelle. Pendant les six premiers mois de 1853 à la Basse-Terre où je venais d'arriver, la maladie fut si bénigne que je ne jugeai pas à propos d'employer un traitement actif; je ne perdis que trois malades sur quarante, mais bientôt l'épidémie se réveilla bien plus grave qu'elle ne l'avait été l'année précédente; j'employai l'émétique dont avait eu tant à se louer mon prédécesseur et je ne tardai pas à me convaincre de ses mauvais effets dans les cas graves, bien que j'eusse le soin de ne le donner que dans ceux où la réaction fébrile n'était pas trop intense et où l'estomac paraissait principalement intéressé. J'aurais à me reprocher de l'avoir employé de nouveau pendant la terrible épidémie de 1854 si l'extrême gravité de la maladie

n'avait mis également en échec tous les autres genres de traitement. Le vomissement noir est le symptôme le plus grave de la fièvre jaune et tout ce qui provoque le vomissement ne peut que favoriser la formation de la matière noire ; tous ceux qui sont morts après avoir pris de l'émétique ont vomi noir et; chez plusieurs, la matière noire a paru assez promptement après le vomitif pour qu'elle ait pu être rapportée à son action. »

« Tout à fait au début et dans les cas peu menaçants peut-on espérer que la perturbation qui résulte de l'acte vomitif amènera une crise qui puisse arrêter la fièvre dans son cours?..... Il m'est prouvé par ma pratique personnelle qu'il faut encore que ces cas appartiennent à la catégorie des cas légers, or dans de telles circonstances tous les moyens rationnels de traitement réussissent à peu près également. »

Dutrouleau considérait en revanche les purgatifs comme un des principaux agents du traitement, surtout l'huile de ricin, les sels neutres, la casse. Quant à l'hydrothérapie, il l'a reléguée au nombre des moyens secondaires et il prescrivait dans les cas ordinaires les toniques et les excitants.

Quant à ce qui est du traitement de la seconde période, les extraits suivants vont nous fixer sur les idées de Dutrouleau.

« *Deuxième période.* — Deux genres d'indications sont à remplir dans la seconde période : celles qui ressortent de la prédominance symptomatique ; celles qui sont fournies par l'état général du malade. Les symptômes graves sont le vomissement, les accidents cérébraux, les hémorrhagies.

Le vomissement se présente avec deux caractères : il est seulement nerveux et sympathique ou bien il est essentiel et hémorrhagique. Dans le premier cas il doit être combattu par le synapisme à l'épigastre et, si cela ne suffit pas, par le vésicatoire. Les boissons doivent être rares, peu abondantes et composées d'eau simple ou gazeuse à la glace, il faut une grande appétence des acides pour y ajouter un peu de sirop de citron ou de groseilles. Quelquefois le vin blanc coupé avec l'eau de seltz, le champagne ou la bière coupée. Quand le spasme est prononcé et que l'état du cerveau le permet, il faut prescrire une potion au sirop de codéine ou de morphine et si elle n'est pas tolérée appliquer le sel de morphine à l'épigastre par la méthode endermique.

Quant au vomissement hémorrhagique, c'est par la glace en morceaux, les limonades minérales glacées prises en petites quantités, les astringents de toutes sortes, sans grand espoir de l'arrêter, je lui ai opposé le perchlorure de fer sans succès. Les excitants diffusibles n'ont jamais paru produire de bons résultats, le sulfate de quinine non plus. »

« Les accidents cérébraux ne doivent jamais dans cette période être combattus par les émissions sanguines, les compresses glacées sur le front, le vésicatoire entre les épaules, aux extrémités inférieures, aux tempes, les lavements purgatifs, les opiacés à dose fractionnée, tels sont les moyens qu'il convient d'employer.

« Les hémorrhagies abondantes sont très-difficiles à arrêter, ainsi les moyens les plus puissants contre ce symptôme dans les autres maladies, échouent-ils ici. Sur les parties directement accessibles, on agit par le froid, l'alun, le nitrate d'argent, les acides concentrés, le perchlorure de fer, intérieurement la glace en morceaux, les limonades minérales, le seigle ergoté, le perchlorure de fer en potion. »

« Parmi les autres symptômes qui peuvent mériter un traitement spécial, il faut noter la suppression d'urine, qu'on parvient parfois à faire cesser par des frictions acides ou térébentinées sur les reins en même temps qu'on fait prendre des lavements nitrés et camphrés. »

Traitement du médecin désigné par la lettre L. (avril 1855 à mai 1857, à Saint-Pierre).

D'après les feuilles de clinique venues à ma connaissance, le médecin qui pratiquait à Saint-Pierre, d'avril 1855 à mai 1857, recourait assez volontiers à un vomitif au début, soit 10 centigrammes d'émétique, soit 1 gr. 50 d'ipéca.

Des applications de compresses glacées sur le front cherchaient à diminuer la céphalalgie; un bain tiède était souvent prescrit, une infusion tiède de tilleul prise par petites gorgées était sa tisane habituelle. Dans quelques rares circonstances, il essayait la potion à la teinture d'iode préconisée par Amic.

Un purgatif, l'eau de Sedlitz ordinairement, quelques rares fois 1 gramme de calomel suivait de près l'action du vomitif.

Quand il y avait une tendance à la congestion encéphalique, des sangsues étaient mises aux mastoïdes.

Pendant la seconde période les juleps morphinés, la potion avec 0,50 d'acide gallique; — des frictions alcooliques, — des potions à l'extrait de quinquina, des sinapismes, des vésicatoires étaient mis en œuvre suivant les errements ordinaires; quelquefois il essayait le perchlorure de fer contre des hémorragies intus et extra.

Traitement du médecin désigné par la lettre M. (Saint-Pierre, d'avril 1857 *à la fin de l'épidémie*).

D'après l'examen des feuilles de clinique, j'ai constaté que ce praticien ne suivait pas une méthode unique; mais cependant dans la grande majorité des cas, il recourait à un vomitif — souvent l'émétique, quelquefois l'ipéca. — Aussitôt après, il donnait très-généralement une assez forte dose de quinine.

Assez souvent il avait recours aux émissions sanguines, ventouses et sangues.

Quelquefois il commençait par une dose de calomel, combinant ce purgatif avec les émissions sanguines et le faisant suivre de la quinine.

Après le vomitif et pendant les deux jours qui suivaient l'entrée à l'hôpital, il purgeait le malade soit avec de la casse et du tamarin, soit avec du calomel, soit avec de l'huile de ricin, soit avec de l'eau de Sedlitz, — souvent il y ajoutait un lavement purgatif.

Pendant la première période, des bains de pied synapisés, des lotions au citron ou à un liquide aromatique, ou bien un bain tiède étaient dirigés contre le symptôme douleur.

L'eau albumineuse glacée, l'eau de Seltz, le vésicatoire épigastrique étaient opposés à la tendance au vomissement.

Lorsque la seconde période se manifestait, des potions contenant 0,25 de tannin, 8 grammes d'eau de laurier-cerise et 8 grammes de sirop de codéine étaient administrés pour réconforter l'individu, et la médication des symptômes était suivie, — frictions excitantes, — potions au musc et au castoreum contre les accidents typhoïdes,—frictions térébenthinées, sinapismes contre les tendances aux congestions, — tannin, seigle ergoté contre les hémorrhagies, etc.

TRAITEMENT DE 1869.

Voici comment on soignait la fièvre jaune en 1869 à la Martinique, si je m'en rapporte aux feuilles de clinique que j'ai eues à ma disposition et aux renseignements verbaux qui m'ont été fournis par les témoins de cette épidémie.

Lorsque le malade arrivait à l'hôpital, on lui prescrivait soit 1 gr. 50 ou 2 grammes d'ipéca; si la tendance au vomissement était manifeste, soit 45 grammes d'huile de ricin, — des compresses fraîches étaient mises sur le front, des lotions au vinaigre phéniqué étaient assez généralement pratiquées sur les membres.

Dès que l'effet émétique était produit, on passait 1 gramme de quinine en trois ou quatre prises à un quart d'heure de distance, une infusion chaude de tilleul était prise par petites gorgées de temps en temps.

Lorsque le premier jour un ipéca avait été donné, on prescrivait le lendemain de l'huile de ricin, ou bien 45 grammes

de sulfate de soude, cherchant à provoquer des selles avec des lavements purgatifs au cas où la tendance aux vomissements persistait, le second jour on donnait encore de la quinine à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme.

La quinine était continuée à la dose de 50 à 60 grammes, jusqu'au moment de la seconde période où les toniques, vin ou décoction de quinquina, étaient prescrits pour hâter le retour des forces en combattant la débilité.

Lorsque les accidents de la seconde période étaient grands, une médication des symptômes était instituée, — nitrate de potasse contre la diminution ou la cessation des émissions d'urine, — potions au musc, à l'éther et les divers antispasmodiques dans les cas d'accidents typhoïdes, — perchlorure de fer contre les hémorrhagies, etc, etc.

TRAITEMENT DES MULATRESSES.

Dans un pays où, comme la Martinique, il y a toujours plus de pseudo-médecins que de malades, si on veut écouter les élucubrations insensées qui germent dans les cerveaux superstitieux et timorés du vulgaire, on prétend que dans les grandes épidémies de fièvre jaune les Européens qui se faisaient soigner par leur blanchisseuse ou telle autre ignorante de mauvaise vie, guérissaient sans coup férir, tandis que ceux qui allaient dans les hôpitaux y mouraient sans rémission, tués autant et plus peut-être par la maladresse des médecins que par la gravité de l'atteinte morbide.

Le traitement dit des mulâtresses se compose surtout d'une série de pratiques absurdes autant que ridiculement inutiles : celle-ci prétend qu'il faut faire les tisanes dans un pot de telle forme ou de telle matière,—l'autre assure qu'il faut y mettre une pincée de telle poudre inerte ou un morceau de telle subtance fort étonnée de se trouver mêlée ici à la thérapeutique. Depuis quelques années, l'eau de la Salette, de Lourdes ou de tel autre lieu célèbre, est le véhicule indispensable au succès. Bref toutes les insanités les plus absurdes, toutes les combinons les plus ridicules, souvent des mélanges malpropres, sinon des pratiques immorales, entrent dans ce traitement pour une part considérable.

En outre de maintes simagrées au moins inutiles, le traitement des mulatresses consiste en bains fréquents, en larges lavements émollients, salins, huileux, en boissons tempéran-

tes, acidules ou légèrement purgatives, dans lesquelles le tamarin, la casse, le citron entrent pour une large part, des frictions avec des morceaux de citron, des rouelles de ce fruit appliquées aux tempes, au front, aux poignets au coude-pied, sur l'abdomen.

Autre traitement des mulâtresses.

On a essayé maintes fois un traitement que le colonel Villaret-Joyeuse préconisa à Bally, disant avoir été sauvé par lui en 1803 à la Martinique et dont voici la teneur. Dès l'invasion de la fièvre, on applique un vésicatoire à chaque bras, quand on a enlevé l'épiderme on saupoudre la plaie avec du calomel et l'on fait de légères frictions avec le doigt pendant les trois premiers pansements.—Si malgré ce moyen le mal de tête se soutient, avec violence, un vésicatoire à la nuque et une saignée du bras sont nécessaires.

Bally qui a eu recours à cette médication ne lui reconnaît pas d'avantages, et croit que le mercure n'agit guère que par les douleurs cuisantes et l'inflammation des vésicatoires qu'il produit.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE.

Si, après avoir énuméré ainsi en détail les divers traitements usités à la Martinique contre la fièvre jaune, à diverses époques de son histoire, nous voulons les envisager d'un seul coup d'œil et synthétiquement, nous dirons que, dès le début, les phénomènes morbides que constatèrent les premiers médecins, les portèrent à employer les émissions sanguines dans une large proportion dès le commencement de l'invasion, et les purgatifs parurent indiqués aussi soit parce que le malade était constipé, soit parce que la théorie prêtait à la rétention et à l'altération des humeurs et particulièrement de la bile, une action fâcheuse qu'on pouvait combattre efficacement par les purgatifs.

En somme, le traitement fut bientôt constitué d'une manière uniforme et ce que nous savons d'après les livres de Pouppée-Desportes, de Poissonnier-Desperrières, nous porte à penser que jusqu'au-delà de la première moitié du XVIIIe siècle il n'y eut pas de grands changements.

A cette époque surgirent quelques innovations : les saignées, quoique employées toujours sur une vaste échelle furent moins

largement pratiquées par quelques médecins, qui espérèrent trouver soit dans le calomel, soit dans les drastiques au début, soit dans le quinquina à la seconde période, des armes efficaces contre le typhus amaril.

Leur espérance fut déçue. Aussi voyons-nous la méthode des saignées et des purgations au début, conserver une prééminence que les fluctuations des théories scholastiques ne pouvaient atteindre d'une manière durable.

Vers la fin du XVIIIe siècle, plusieurs innovations furent introduites sous forme d'essais sur lesquels on fonda souvent de grandes espérances, c'est ainsi d'une part que le froid fut mis en œuvre, que l'hydrothérapie et particulièrement l'alternance de l'eau froide et de l'eau chaude, fut employée sur une vaste échelle, — d'autre part, la théorie de Brown retentit au delà des mers et poussa à employer les toniques, les stimulants qui paraissaient d'autant plus indiqués que les phénomènes de la seconde période de la fièvre jaune sont bien évidemment de nature *asthénique*, pour nous servir de l'expression consacrée.

Mais nous devons convenir que, tandis que la théorie proposait divers moyens, que les expérimentateurs et ceux qui aimaient les innovations préconisaient les traitements les plus divers, souvent les plus disparates, la grande masse des praticiens et surtout ceux qui avaient eu l'occasion de soigner un grand nombre de malades, restaient fidèles à une méthode de thérapeutique dans laquelle les saignées entraient pour une large part.

De nos jours, on peut dire que la situation n'a pas varié beaucoup; en effet, après un temps où la méthode physiologique était prédominante dans la fièvre jaune, sous l'inspiration de Câtel, on vit essayer les réfrigérants, l'hydrothérapie, la méthode dite substitutive, — puis bientôt cette thérapeutique n'ayant donné en somme que de moins bons résultats relativement, on essaya les vomitifs, la quinine, qui de leur côté n'ont tenu aucune des promesses que faisaient leurs préconisateurs.

Tous ces tâtonnements ne sont pas finis, les fluctuations de la thérapeutique doivent durer bien longtemps encore, mais néanmoins on a aujourd'hui une assez grande collection d'expérimentations ; les manières les plus diverses de traiter la fièvre jaune ont été mises en œuvre sur une assez vaste échelle, pour qu'on puisse déjà discuter de leur valeur relative et pencher assez résolument d'un côté ou d'un autre en suffisante

connaissance de cause. Nous aurons pour notre part à discuter la valeur pratique des diverses médications tentées à la Martinique et à proposer celle qui nous paraît la plus capable de donner quelques bons résultats, mais nous ne le ferons que plus tard après avoir passé en revue les divers médicaments proposés, c'est-à-dire après avoir fait l'analyse du traitement de la fièvre jaune.

PRÉTENDU TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Je ne m'étendrai pas sur la question du prétendu traitement préventif de la fièvre jaune, soulevée par un M. de Humbolt, qu'il ne faut pas confondre avec le célèbre savant, et qui a provoqué des expériences nombreuses et consciencieuses en 1855. La méthode préconisée n'est au fond qu'une inoculation de résidu de putréfaction; elle n'a donné absolument aucun résultat. Elle ne mérite pas d'arrêter l'esprit plus longtemps.

Je crois fermement que, même au cas où un Européen ne pourrait s'éloigner d'une ville dans laquelle règne la fièvre jaune, il pourrait diminuer notablement ses chances de maladie en évitant, d'une part, les contacts et les voisinages suspects. D'autre part, en suivant une hygiène sage avec vigilance et grand soin; mais quant à ce qui est de faire une thérapeutique préventive, nous n'avons encore aucune donnée positive. Un purgatif huileux de temps en temps, tous les deux mois, par exemple, et encore je n'oserais dire que ce sera là un moyen ayant réellement quelque efficacité.

INDICATIONS A REMPLIR.

Un des premiers points à élucider quand on parle du traitement de n'importe quelle maladie, et en particulier quand on s'occupe de la fièvre jaune, c'est de savoir quelles indications on doit remplir. Où veut-on aller? Que veut-on obtenir? telle est, on le comprend facilement, la première question qu'il est nécessaire de se poser.

Interrogeons nos prédécesseurs, car souvent leur pratique nous fournit des indications précieuses. Or, nous dirons tout d'abord que ce n'est qu'aux auteurs du milieu du siècle dernier que nous pouvons remonter avec quelque succès, car la médecine était faite, à la Martinique, au XVIe et XVIIe siècle, par des hommes qui ne nous ont pas laissé des renseignements bien

précis sur leur pratique un peu aveugle, si nous en croyons notre impression première.

Les praticiens du commencement de ce siècle et de la fin du siècle dernier : Savaresi, Gilbert, Dariste, Rochoux, voyaient dans le traitement de la fièvre jaune trois indications à remplir.

1° Calmer l'irritation du début de la maladie et débarrasser le tube digestif, si la chose paraît nécessaire ;

2° Soutenir les forces dès que la fièvre a diminué d'intensité;

3° Remédier aux accidents nerveux et putrides de la seconde période.

Avouons-le, la question n'a pas changé aujourd'hui ; ces indications thérapeutiques continuent à s'imposer aux praticiens, et quoiqu'on les ait formulées d'une manière différente en parlant de la nécessité de maintenir la température aux environs du chiffre physiologique, par exemple, elles sont toujours les mêmes. Donc, nous dirons :

A. Il faut calmer les phénomènes réactionnels du début et maintenir le mieux possible la température dans les environs des chiffres physiologiques, tant en soustrayant la chaleur produite qu'en cherchant à restreindre sa production ;

B. Il faut, dans une certaine limite, épargner les forces et les soutenir contre l'agression morbide ;

C. Il faut lutter contre les accidents congestifs, nerveux ou putrides de la seconde période.

On le voit, c'est en somme une médication des symptômes que l'on doit faire, et par conséquent on comprend que c'est avec grande raison que nos prédécesseurs ont dit que, dans le traitement de la fièvre jaune, il faut tenir grand compte de la forme et du degré d'intensité de la maladie, d'une part ; de la force de résistance du sujet, d'autre part.

Si nous songeons à ce que nous a appris l'anatomie pathologique de la maladie, nous nous représentons son mécanisme de la manière suivante : Une première période, période de réaction contre l'empoisonnement morbide. Une seconde période, celle de la localisation des accidents. On comprend par cet exposé que le traitement est malheureusement condamné dès le début à une insuffisance plus ou moins absolue, suivant les cas. En effet, pour avoir l'espoir d'agir efficacement, il faudrait pouvoir agir contre le poison générateur de la maladie avant qu'il n'ait eu le temps de produire des désordres. Or, c'est pendant l'incubation, c'est-à-dire avant que le malade ne se couche, que la thérapeutique aurait seulement des chances sérieuses

d'une efficacité réelle, et malheureusement jusqu'ici rien ne nous révèle l'empoisonnement amaril, si ce n'est le résultat produit quand nous aurions besoin d'être prévenus bien avant ce moment.

Dès les premières manifestations morbides, il est bien tard pour agir, trop tard, le plus souvent; mais néanmoins on comprend par la pensée que le rôle du médecin peut être encore prépondérant quelquefois pour la guérison; il est assurément utile du moins dans une certaine mesure. Mais, avec ce que nous savons déjà, on comprend que, lorsque la période de localisation se présente, le mal est fait déjà depuis bien longtemps dans les organes, les désordres sont souvent irrémédiables, de sorte que la thérapeutique doit être bien impuissante trop fréquemment. Que pourront, en effet, les hémostatiques quand les capillaires se rompent sous la pression du sang par le fait de leur dégénérescence graisseuse. Que feront les diurétiques si le rein est stéatosé déjà? On le voit, la médecine des symptômes doit être grandement impuissante en pareille occurrence, et cependant que faire si on n'y recourt pas?

Nous entrons dans ces détails pour rappeler, si besoin est, ceux qui espéreront avoir trouvé un moyen toujours efficace de guérison à la triste réalité; mais il ne faut pas que notre aveu de faiblesse nous réduise à l'impuissance ou au découragement. Le rôle du médecin est de lutter sans jamais désespérer et même alors que ses efforts ne sont couronnés d'aucun succès, son devoir est de combattre sans jamais laisser le malheureux malade sans défense, soit réelle, soit imaginaire même, contre la souffrance et la mort.

Dans ces dernières années, les indications ont paru être un peu différentes, et nous voyons dans les livres classiques, comme dans les monographies, une préoccupation prédominer toutes les autres : il faut, dit-on, épargner dès le début les forces du malade pour lui permettre de supporter sans succomber l'agression morbide qui est d'autant plus forte qu'elle sera prolongée davantage. Sans doute, cette pensée est éminemment logique; mais comme d'une part elle est le reflet d'une idée un peu exagérée, je crois, qu'on se fait sur la nature de la maladie et la physiologie pathologique; comme d'autre part, elle mène droit à l'exclusion de certains moyens thérapeutiques incontestablement utiles. Nous croyons qu'il est prudent de ne pas accepter sans réserves cette direction nouvelle imprimée aux idées, et nous dirons : Il est incontestable qu'il faut épargner les forces

du malade pendant la première période. Mais faisons-y bien attention, il faut être économe, non avare! c'est-à-dire que tout en ménageant autant que possible les forces vives, il faut savoir, le cas échéant, les dépenser, dans une certaine limite, sans hésitation.

TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE.

La fièvre jaune débute par un cortége de symptômes dits inflammatoires et congestifs tels que, lorsque le médecin a été dégagé de tout esprit de système, il a instinctivement songé aux antiphlogistiques.

La gravité de la maladie, l'insuccès si fréquent de la médication rationnelle, quelque bien ordonnée qu'elle fût, ont jeté parfois le malade ou le praticien dans les bras d'un empirisme irraisonné ou de théories plus ou moins contestables, aboutissant aux thérapeutiques les plus étranges. Mais ces essais ont été moins heureux encore que l'emploi raisonnable des moyens réfléchis sainement. Aussi, après des fluctuations et des excès dans tous les sens, on est arrivé assez fréquemment jusqu'ici à une méthode de traitement plus uniforme, dans laquelle les antiphlogistiques occupent une grande place. Il est donc rationnel que nous commencions par eux.

Avant d'entrer dans l'exposition des moyens employés contre la fièvre jaune, n'oublions pas de rappeler qu'au commencement de ce siècle déjà on avait fait maintes réserves touchant l'influence exercée par telle ou telle condition inhérente ou étrangère aux individus. C'est ainsi, par exemple, que Bally faisait remarquer avec raison que la saignée ne réussit pas également dans chaque épidémie et aux divers moments de la même épidémie. Dutrouleau, dont le livre doit être lu et commenté chaque jour par le médecin qui pratique dans les colonies Antilliennes, est entré à ce sujet dans des explications tellement explicites et si clairement présentées que nous préférons y renvoyer le lecteur plutôt que d'entreprendre d'en faire l'analyse.

Émissions sanguines.

Suivant l'époque où l'on a écrit sur la fièvre jaune, les émissions sanguines ont été jugées d'une manière très-différente; les uns ont formulé que tirer du sang dans une maladie, qui après un orage inflammatoire plus ou moins intense va être

constituée surtout par une faiblesse immense, est une mauvaise manière de procéder. Les autres, voyant, au contraire, une indication péremptoire et indiscutable de l'évacuation sanguine, dans ces phénomènes inflammatoires du début, ont très-formellement considéré les émissions sanguines comme un moyen efficace. Rapportant les insuccès à ce qu'on était resté au-dessous de la mesure plutôt qu'à une spoliation excessive, ils ont voulu qu'on tirât de plus en plus de sang. C'est au point que nous avons vu des auteurs sur la fièvre jaune demander des saignées générales de plusieurs litres, conseiller les sangsues en nombre inouï ; et quand on lit, sans parti pris, ces travaux, on ne peut s'empêcher de frissonner d'effroi, la première fois, à la pensée de ce que devait devenir le malade à la suite de soustractions sanguines aussi exagérées.

Lorsque la réaction s'est faite, on a cherché à se garder d'excès dans les deux directions, et il en est sorti une méthode mixte, on peut dire, qui, reconnaissant la nécessité d'évacuer du sang, n'a pas voulu non plus en tirer des quantités extrêmes ; de sorte que nous voyons pour les émissions sanguines trois camps bien tranchés : L'un n'en veut pas ; l'autre en veut trop ; le troisième cherche, par une sage pondération, à n'en tirer que juste la quantité utile, reconnaissant qu'il en faut tirer néanmoins et que l'abstention est peut-être aussi funeste, sinon plus, que l'excès dans le traitement de la fièvre jaune.

Saignées générales.

La méthode des saignées générales, comme base du traitement de la fièvre jaune, a été employée sur une vaste échelle pendant le siècle dernier et jusqu'à la fin de l'épidémie de 1844, à la Martinique. Elle a donné lieu aux plus vives discussions sorties trop souvent du champ scientifique pour entrer dans celui de la passion, de sorte qu'il est aujourd'hui encore assez difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur sa valeur thérapeutique dans la maladie. Ce qui assurément a aidé à obscurcir le débat, c'est que, d'une part, les chefs de service ont cru nécessaire d'accentuer fortement leur opinion dans un sens ou dans l'autre, et comme il y a aux Antilles une nuée de médicastres dont l'ignorance n'est comparable qu'au nombre, il est arrivé que les prescriptions des chefs d'école ont été exagérées, travesties de la manière la plus fâcheuse pour la vie des intéressés comme pour la réputation de la médication et même de la médecine.

Je ne puis faire ici une énumération de tous les médecins qui ont employé les émissions sanguines, et je ne parlerai que de Câtel qui, à cause de sa grande autorité comme à cause de sa manière d'employer la thérapeutique qui nous occupe, peut être considéré comme la personnification de la méthode antiphlogistique à la Martinique. Câtel, en effet, pratiquait les saignées avec une vigueur et une insistance qui doivent rester légendaires.

Pendant que Câtel dirigeait le service de santé de la Martinique, la réaction se produisait en Europe contre les idées de Broussais. Les reproches adressés à la méthode de l'illustre professeur du Val-de-Grâce prirent de jour en jour plus d'activité et bientôt firent faire un revirement complet à la thérapeutique. C'est au point que le médecin en second de la colonie, Amic, se déclara résolûment contre les saignées générales, et, quand, en 1850, la fièvre jaune reparut à la Martinique, il formula très-positivement que ces saignées générales étaient un mauvais moyen, plein de dangers et sans avantages.

Amic proposa une médication spéciale pour remplacer celle dite antiphlogistique. Et disons incidemment que sa méthode ne lui survécut pas; mais son opinion avait eu pour résultat de faire abandonner les idées de Câtel, et, soit à la fin de l'épidémie de 1850-1858, soit dans celle de 1869, la médication dite antiphlogistique n'a plus été mise en pratique. Aujourd'hui, nous sommes assez loin du temps où vivaient Amic et Câtel pour pouvoir juger leur débat froidement, sans passion; bien plus, la méthode des saignées a été reprise et abandonnée assez de fois depuis pour qu'il n'y ait aucune question d'amour-propre en jeu. Nous entreprendrons donc la discussion sans arrière-pensée. Et tout d'abord faisons intervenir dans le débat une pièce qui est une véritable bonne fortune, c'est l'opinion de l'homme le plus compétent de notre époque, touchant la pathologie exotique, de M. Rufz de Lavison, qui, ayant vu Câtel à l'œuvre, a parlé de la manière suivante de sa méthode thérapeutique (*loc. cit.*, f. 58 et 59).

« Comme c'était la première fois que je me trouvais aux prises avec une épidémie de fièvre jaune, mon premier soin fut de consulter les traditions de la science conservées dans les livres. Je vis que pour la fièvre jaune, comme pour toutes les grandes maladies qui ont affligé l'humanité, toutes les médications possibles avaient été essayées et que toutes avaient des partisans. Mais en 1838 on peut dire que la médication dite antiphlogistique

était peut-être celle qui jouissait de plus de crédit parmi la généralité des médecins.

« Le docteur Câtel, médecin en chef de l'hôpital où s'étaient présentés les premiers cas, partisan très-convaincu des idées de Broussais, appliquait la saignée et les émissions sanguines par les sangsues avec la plus grande rigueur. Je vis qu'il ne perdait pas tous les malades auxquels trois ou quatre saignées et des centaines de sangsues avaient été appliquées, et je reconnus que la mortalité de l'hôpital de Saint-Pierre était au-dessous de celle de quelques épidémies dont j'avais lu les récits. Je pratiquai donc des saignées plus modérément que M. Câtel, mais, suivant son conseil, le plus près possible du début de la maladie. Car dans la seconde période la saignée était reconnue nuisible. Je n'eus certainement pas à regretter cette pratique. Sur trente cas traités par la saignée dans les premières trente-six heures, je n'eus que quatre morts.

« Tout ce que j'ai vu plus tard n'a fait que me confirmer dans cette pratique. Des confrères qui avaient très-vivement critiqué M. Câtel sont revenus plus tard sur le compte des saignées et les ont recommandées dans leurs livres. En effet, dès le début de la fièvre jaune, à la vue de ces jeunes hommes subitement frappés, soldats, matelots ou voyageurs, dans la force de l'âge et dans l'exubérance de la santé, offrant tous les signes des congestions sanguines, il est difficile de ne pas songer à la saignée; la main se porte instinctivement sur la lancette » (*loc. cit.*, p. 58 et 59).

Après un pareil témoignage, qu'on nous permette de rappeler le fait sur lequel nous aurons à revenir d'ailleurs plus longuement; c'est que, dans l'épidémie de 1838 à 1844, Câtel saigna 1,140 individus à Saint-Pierre et 4,000 à Fort-de-France. A Saint-Pierre, la proportion de mortalité fut de 12,5 p. 100; à Fort-de-France, de 17,7, soit en total et en moyenne 5,140 cas, et 16, 6 p. 100 de mortalité. Amic, de son côté, saigna, de 1841 à 1844, 806 individus à Saint-Pierre, et de 1850 à 1856, 1,783 autres à Fort-de-France. Il eut, la première fois, une proportion de 22,7 de mortalité; la seconde fois, 21,8; soit en moyenne et en total, 2,589 atteints et 22,0 p. 100 de morts. Or, il semble ressortir logiquement de cette comparaison que la méthode de Câtel était la meilleure.

Emissions sanguines locales.

Les partisans de la méthode dite antiphlogistique ont eu largement recours aux sangsues en même temps qu'ils employaient la saignée; ils tiraient par leur secours du sang à une époque où la déplétion du système circulatoire général ne leur paraissait plus indiquée et combattaient ainsi les douleurs, les ten-

dances aux congestions qui se manifestent dans le cours de la première période de la maladie, tant au début qu'à la fin de cette première période.

La réaction contre la méthode antiphlogistique ne se fit pas d'une manière aussi complète qu'on pourrait le penser. En effet, ceux qui repoussaient les saignées générales préconisaient encore les sangsues, et c'est ainsi, par exemple, qu'Amic se louait beaucoup de l'emploi de quatre-vingts sangsues aux tempes dès le début; il est vrai qu'il y ajoutait les purgatifs et l'hydrothérapie; mais néanmoins constatons qu'il tirait encore un peu de sang.

Peu à peu, on employa de moins en moins les annélides, les accusant de ne pas faire cesser la tendance à la congestion, de prédisposer aux hémorrhagies passives, etc., et enfin, ces saignées locales ont été presque autant délaissées que les saignées générales par la grande majorité des praticiens.

Nous formulerons tantôt notre opinion personnelle sur la méthode des saignées en présentant le traitement qui nous paraît le plus rationnel dans la fièvre jaune. Nous allons, pour le moment, continuer l'énumération des moyens mis en œuvre par nos prédécesseurs.

Évacuants.

Les évacuants ont tenu, à certaines époques, une place très-importante dans le traitement de la première période de la fièvre jaune et ont été maintes fois mis en œuvre dans la seconde. On pourrait presque dire qu'il y a eu pour eux la passion qui a été de mise pour ou contre les émissions sanguines. Les uns y ont eu recours avec une facilité et une insistance qui ne peuvent être comparées qu'à la parcimonie des autres. Nous devons parler séparément des vomitifs et des purgatifs.

Vomitifs.

Les vomitifs produisent une perturbation si vive et si profonde dans notre organisme qu'on devait y avoir recours avec la confiance qu'on prête aux moyens les plus énergiques. Aussi, dans quelques épidémies, les médecins se sont-ils attachés à provoquer le vomissement.

Il faut ajouter aussi que la pensée que la fièvre jaune est de même nature que la fièvre paludéenne, devait, de son côté, pousser les médecins à recourir aux vomitifs, car, dans les atteintes

malariennes, l'embarras gastrique du début est si souvent très-heureusement combattu par la réjection stomacale, que l'idée de faire vomir a dû paraître toute naturelle.

Mais bientôt on constata que ces vomitifs produisent de mauvais effets. C'est ainsi que, parmi les médecins anglais, Moultrie, Makittrick Hillary, Jackson, Bancroft, etc., que parmi les médecins espagnols, Gonzales, Aréjula, Diégo, Serrano, etc., que, parmi les Français Deveze, Lefort, Gaubert, Câtel et nombre d'autres, il s'éleva les plaintes les plus vives contre eux et la proscription la plus absolue fut même prononcée.

J'avoue de bonne foi, dit Bally (*loc. cit.*, p. 480), que l'emploi des vomitifs m'a fort rarement réussi. Une langue blanchâtre, une bouche pâteuse, des nausées, des éructations fréquentes, des vomissements, des douleurs d'estomac semblaient caractériser parfaitement ce qu'on nomme la turgescence supérieure. Mais ces signes étaient tellement trompeurs qu'une fâcheuse expérience m'avertit bientôt du danger de se livrer à ces fausses apparences.

Ces vomitifs ont été accusés de provoquer des vomissements incoercibles, de favoriser l'apparition du mélanhême, du hoquet et de maints autres accidents. Aussi, malgré maints essais répétés à plusieurs reprises sans succès ; après maintes expériences toujours malheureuses, peut-on dire que, malgré certaines distinctions que semblent établir ceux qui y ont eu recours, et, en fin de compte, l'expérience semble plaider contre l'emploi des vomitifs, soit dans la première, soit dans la seconde période.

Les médecins anglais qui exerçaient à la Martinique de 1794 à 1802, donnaient, il est vrai, l'émétique dans la fièvre jaune ; mais remarquons qu'ils le donnaient en lavage, associé à la manne, voulant provoquer des selles et non des vomissements, de sorte que nous n'avons pas à en parler ici. Nous y reviendrons en nous occupant des évacuants intestinaux, et ce que nous dirons alors ne sera pas en contradiction avec la proscription que nous faisons actuellement du tartre stibié.

Purgatifs.

Soit qu'on les ait employés seuls, soit qu'ils fussent le complément du vomissement initial, les purgatifs se présentent trop naturellement dans le traitement de la fièvre jaune pour ne pas être employés d'une façon très-générale. Les purgatifs les plus

divers ont été mis en œuvre. C'est ainsi que les uns ont eu recours aux sels de soude ou de magnésie; les autres, à la manne, à la casse, à l'huile de ricin, aux drastiques mêmes. Enfin, il n'est pas jusqu'au calomel qui n'ait joué un rôle important, plus important que beaucoup d'autres, dans le traitement de la maladie.

Purgatifs salins.

Les sels de soude ou de magnésie sont si fréquemment employés dans la pratique de la médecine qu'ils devaient être mis à contribution dès qu'il est venu à la pensée de purger le sujet dans le cours de la fièvre jaune. Mais leur énergie n'a pas paru généralement assez grande pour leur permettre de constituer à eux seuls tout le traitement de la première période. Aussi les a-t-on employés le plus souvent après que la médication avait été ouverte par un autre agent. Dans ces conditions, ils doivent être envisagés d'un œil favorable, et en effet, certains d'entre eux, le citrate de magnésie, par exemple, peuvent être pris sans aucune répugnance; les sulfates de soude ou de magnésie, quelque désagréables qu'ils soient au goût, le sont moins encore que l'huile de ricin. Aussi est-ce à eux qu'on a recours fréquemment après que les premiers moments de la maladie sont passés.

Casse.

La casse se trouve en telle abondance dans les Antilles qu'elle devait tout naturellement être mise en œuvre, soit par les médecins, soit par le vulgaire lui-même, dans le traitement des maladies et en particulier de la fièvre jaune. Seule ou associée au tamarin, aux sels de soude, elle a constitué une purgation sûre qui est fréquemment employée au même titre que les purgatifs salins, c'est-à-dire en qualité d'agent secondaire.

Drastiques.

Les purgatifs drastiques seuls ou associés au calomel, ont été employés dans le traitement de la fièvre jaune. Les Anglais y ont eu recours plus souvent que nous, et les résultats qu'ils en ont tirés ne sont pas tellement favorables qu'ils aient pu entraîner la vogue. Aussi les citons-nous à titre de renseignements seulement, pour ainsi dire.

Huile de ricin.

L'huile de ricin est peut-être le purgatif qui a été le plus souvent employé dans la fièvre jaune. C'est au point même que, dans bien des pays, il a été considéré comme le purgatif par excellence. J'avoue, pour ma part, que j'ai la meilleure opinion de ses effets dans les affections amariles, et que j'y ai eu recours souvent et toujours très-volontiers, croyant avoir tiré de bons effets de son usage.

On sait que, de nos jours, l'huile de ricin est devenue le moyen ordinaire de la thérapeutique dans maints pays à fièvre jaune. Nombre de médecins de la Havane et du Mexique l'administrent couramment; et ajoutons aussi *largâ manû.* Ainsi, par exemple, au lieu de s'arrêter à une dose de 40 ou 50 grammes donnée une seule fois, plusieurs praticiens renouvellent la prescription deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures et recommencent deux, trois jours de suite, jusqu'à la rémission, en un mot.

Pendant mon séjour à la Martinique, j'employais l'huile de ricin dans la plupart des atteintes de fièvre inflammatoire, et je graduais les doses à 30, 45 ou 60 grammes, suivant l'intensité de l'atteinte, il m'est arrivé maintes fois de renouveler le purgatif le soir même. Le lendemain, j'ai donné, à plusieurs reprises, jusqu'à 100 grammes de cette huile dans les vingt-quatre heures, et je dois convenir que si je n'ai pas vu cette médication juguler la période fébrile, comme bien des praticiens l'ont espéré, je ne lui ai vu au moins jamais produire aucun accident. Je comprends très-bien que des médecins aient fait préparer dans un hôpital une grosse bouteille d'émulsion dans laquelle une cuillerée à bouche représente 10 grammes d'huile et qu'ils aient donné comme consigne à la sœur ou aux infirmiers d'en administrer deux cuillerées de deux en deux heures jusqu'à production des selles, avec ordre d'en donner encore à mesure que les selles sont plus éloignées, si la détente fébrile ne se produit pas encore.

En médecine, plus que partout, il faut se méfier des exagérations et, par conséquent, je n'oserai pas conseiller à mes successeurs d'appuyer d'une manière aveugle, et pour ainsi dire à outrance, sur l'huile de ricin. Mais, cependant, je répète que je vois l'emploi de ce médicament de très-bon œil, et que j'y ai recouru le cas échéant, avec une insistance qui m'a semblé justifiée par les résultats. D'ailleurs, lorsque je ferai le résumé du

traitement je dirai dans quelles conditions, dans quelles limites de temps et de doses je crois qu'on peut se tenir pour son emploi dans le cas qui nous occupe.

Une des objections à faire contre l'emploi du médicament en question, c'est qu'il est nauséeux par lui-même, et, qu'à ce titre, il n'est pas logique de le donner dans une maladie où les nausées et les vomissements sont d'abord un phénomène général et gênant, ultérieurement un accident souvent très-grave.

Cette objection mérite d'être prise en très-sérieuse considération, à mon avis, et elle nous explique les tentatives si nombreuses faites pour permettre aux sujets de prendre ce purgatif avec moins de répugnance. Un mélange de jus de citron et d'huile par parties égales, ou dans les proportions d'une partie de citron pour deux d'huile, un mélange de bouillon et d'huile, de café, de jus de citron et d'huile, etc., etc., ont été fréquemment mis en usage. Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé de l'émulsion dont j'ai parlé bien souvent et qui consiste à mettre deux parties d'huile de ricin, une partie d'alcoolé de menthe et une partie d'eau sucrée, dans une fiole qu'on agite avec vigueur au moment de prendre la médecine : deux cuillerées à bouche d'huile de ricin, représentant trente grammes; on voit que les proportions sont assez clairement indiquées pour qu'on puisse les faire comprendre aux aides les moins intelligents. Cette émulsion se boit sans grande répugnance; et surtout si on met à portée du malade un ou deux quartiers d'orange, pour qu'il puisse se dégraisser aussitôt la bouche, on peut faire prendre le médicament sans trop de répugnance le plus souvent.

Il arrive trop fréquemment que les vomissements font rejeter aussitôt ou peu après tout ou partie de l'huile; je crois qu'en pareil cas il faut recommencer. Mais, si l'huile est rejetée une seconde fois, j'estime qu'il ne faut pas persister, de crainte que le médicament ne produise, en fin de compte, les spasmes stomacaux que l'on a reprochés aux vomitifs.

Calomel.

Le calomel a été employé surtout sur la recommandation des médecins anglais; car nous devons dire que les praticiens des colonies britanniques l'ont fortement préconisé dans le courant du siècle dernier et au commencement de celui-ci. Qu'il ait été donné seul ou uni aux drastiques, il n'a, en somme, pas fourni

de bien bons résultats. Aussi, son emploi s'est-il restreint de plus en plus. Je n'hésite pas, pour ma part, à le considérer comme mauvais. Je le verrais avec peine mettre en usage, persuadé que je suis qu'il ne produirait rien de mieux que d'autres purgatifs plus inoffensifs, au cas où il ferait bien, tandis que par ailleurs, je crois qu'il expose les sujets à des chances d'accidents déplorables.

Le calomel a été employé de deux manières dans la fièvre jaune, comme d'ailleurs dans la plupart des maladies : A comme purgatif, c'est-à-dire à fortes doses ; B comme altérant, à faibles doses. Je viens de dire que, comme purgatif, il est contre-indiqué, parce qu'il expose à des accidents; à fortiori, je le considère comme mauvais dans les doses dites altérantes ou refractées pour la même raison. J'ai, par devers moi, l'expérience de Moultrie qui, dans le courant du siècle dernier, s'était déjà élevé très-vivement contre l'emploi du calomel dans les pyrexies en général et dans les inflammations fébriles ; il considérait en effet le médicament comme absolument contre-indiqué dans la fièvre jaune. De leur côté, les médecins mexicains ont renoncé au calomel après l'avoir essayé, c'est-à-dire en parfaite connaissance de cause. Enfin, j'ajouterai que Bally, qui a essayé sur une large échelle, en 1802 et en 1803, le calomel uni au jalap, d'après les idées de Rush, dit que ses tentatives ne furent pas heureuses, qu'il vit sous cette influence augmenter les angoisses et affaiblir le pouls, contrairement aux assertions du médecin de Philadelphie, de sorte que bientôt lui et ses collègues de l'armée de Saint-Domingue abandonnèrent ce mode de traitement.

Sudorifiques.

L'observation de plusieurs cas qui paraissaient très-graves au début et qui se sont passés par des sueurs copieuses, ont poussé les médecins à songer aux sudorifiques pour la première période, mais, soit qu'on ait eu recours aux boissons chaudes, aux médicaments dits sudorifiques, aux moyens de balnéation les plus divers, on n'a obtenu en définitive que des résultats insignifiants.

Anti-fébriles.

Il était naturel de recourir aux anti-fébriles dans une maladie, et surtout dans une période où la fièvre paraît être le phé-

nomène capital, sinon unique. Aussi le quinquina, puis la quinine, la digitale, la vératrine, l'aconit, etc., etc., ont été mis en œuvre. Voyons séparément ces divers agents.

Sulfate de quinine.

Nous n'avons plus à parler aujourd'hui du quinquina employé sous forme d'extrait ou de poudre dans la période fébrile de la fièvre jaune; c'est la quinine qui est employée exclusivement désormais. Ceci étant spécifié, nous dirons que, sous l'influence d'idées théoriques qui attribuaient la fièvre jaune à une infection palustre, le fébrifuge par excellence a été mis en œuvre de maintes manières.

Je ne ferai pas un long procès à la quinine; je renverrai purement et simplement le lecteur à la condamnation prononcée par l'autorité la plus incontestée dans la marine française en fait de fièvre jaune, j'ai nommé Dutrouleau (*loc. cit.* p. 389). J'ai donné d'ailleurs précédemment un extrait textuel de son livre.

Digitale. — Aconit. — Vératrine.

Les travaux récents sur la fièvre ont porté à préconiser la digitale, l'aconit, la vératrine contre l'élévation de température et l'accélération du pouls dans la première période de la fièvre jaune; il était d'autant plus naturel d'essayer ces médicaments ici, que dans les pyrexies d'Europe on y a eu recours sur une vaste échelle, et on en a obtenu parfois de bons résultats.

Les essais, quoique relativement nombreux déjà, n'ont pas fourni encore de résultats décisifs, et on le comprend. En effet, si on possédait un moyen de faire tomber rapidement la température et le pouls sans sidérer le sujet, on aurait en somme un agent thérapeutique capable d'empêcher l'évolution des pyrexies essentielles, ce qui n'existe pas dans l'état ctuel de nos connaissances.

Je n'ai employé les médicaments précités que dans la fièvre inflammatoire; mais je l'ai fait avec une insistance assez grande pour pouvoir formuler, au moins en ce qui regarde la digitale, une opinion basée sur un certain nombre de faits. Or, je dirai qu'administrée à dose de deux à trois grammes de teinture par jour, elle a paru modérer un peu l'appareil pyrétique, mais sans avoir d'action bien décisive sur la durée comme sur l'intensité de la maladie. Dans les cas légers, la digitale a paru faire tom-

ber la fièvre plus vite; mais, dans les cas intenses, elle n'avait pas la même puissance, de sorte que je me suis demandé si son effet ne siégerait pas uniquement dans l'imagination de l'expérimentateur. Il est difficile, en effet, de résister à une tendance instinctive de l'esprit à trouver des résultats quand on a fait une expérience, et, dans ce cas, je crains que cette tendance, plus qu'un effet réel, ne nous ait fait croire à une action efficace de la digitale.

Je n'ai fait que tâter la susceptibilité de quelques malades, pour ainsi dire, en cherchant à élever les doses, et j'ai vu une tendance à l'affaissement de l'individu plus qu'une réelle diminution désirable du phénomène fébrile, de sorte que je me suis arrêté bien vite dans cette voie, craignant de faire plus de mal que de bien.

En définitive je suis porté à penser que la digitale, l'aconit et la vératrine sont préférables à la quinine dans la fièvre jaune, en ce sens qu'à faibles doses ils produisent moins de perturbation nerveuse. Je crois qu'à faibles doses on peut obtenir un peu d'abaissement de la température et du pouls avec leur concours. Mais je ne puis me résoudre à voir là autre chose qu'une action très-secondaire.

Bains.

Le désir de faire tomber la fièvre dans la première période du typhus amaril devait faire songer immédiatement aux bains, d'autant que les habitants des Antilles usent très-largement, abusent même de la balnéation.

Tous les procédés possibles ont été mis en usage dans cet ordre d'idées et je ne crois pas qu'il fût possible aujourd'hui d'employer une combinaison de bains ou d'affusions qui n'ait pas été très-employée déjà à un moment donné.

Ainsi les uns ont eu recours à l'eau pure, les autres ont préconisé les bains médicamenteux; le vulgaire croit même que les bains de mer sont un moyen prophylactique en temps d'épidémie, opinion aussi fausse que celle qui prête à l'ingestion d'un petit verre d'eau de mer tous les matins une action de préservation contre la maladie.

En présence de la difficulté qu'il y a à faire garder les médicaments par l'estomac, on a eu l'idée de donner des bains médicamenteux. C'est ainsi, par exemple, qu'on a plongé le malade dans une décoction de quiquina, de serpentaire de Virginie, dans une dissolution alcoolique de camphre. Bally

propose même les bains d'alcool pur ou étendu de vinaigre, de jus de citron.

Sous le rapport de la durée il y a là les mêmes oscillations. Ainsi, tandis que quelques-uns ont préconisé la simple immersion passagère du corps, Garnier, qui a exercé à la Martinique de 1802 à 1809, et dont parle Bally (p. 504), maintenait, dès le début de l'atteinte, les malades pendant douze heures dans de l'eau entretenue tiède, les retirant quand ils s'affaiblissaient trop pour les y replonger dès que c'était possible. Il leur donnait des bouillons ou une boisson un peu réconfortante pour leur permettre de supporter plus longtemps le séjour au bain.

Sous le rapport de la température, même chose à dire : bains très-chauds, chauds, tempérés, frais, froids, glacés; alternance des bains froids et chauds, de la glace et de la vapeur d'eau; en un mot, je le répète, toutes les combinaisons possibles.

Quel jugement porter sur ces divers procédés et sur la balnéation en général? Eh bien! tout d'abord, j'élimine les bains médicamenteux comme n'ayant pas produit le moindre résultat appréciable, et dans une maladie comme la fièvre jaune, n'oublions pas que les remèdes inutiles doivent être laissés de côté. Quant à ce qui est des bains très-chauds, la tendance aux congestions qui caractérise la première période les condamne aussi de prime abord. J'ajouterai la même chose pour les bains froids.

Déjà Lefort (*loc. cit.*; p. 24) s'était élevé contre les bains froids, disant :

Si les bains froids diminuaient également la température du corps à la périphérie et à l'intérieur ils exerceraient, sans contredit, une influence salutaire sur la fièvre jaune, parce que la chaleur est en excès partout. Mais lorsque le corps est en entier et à la fois plongé dans un bain froid il n'en est pas ainsi; les bains froids, dans ce cas, déterminent un refoulement subit des forces vitales et du sang sur les viscères déjà irrités par toutes les causes qui exaltent l'action sanguine. Ce refoulement produit sur le malade une anxiété, une angoisse inexprimable, et un raptus ou concentration plus ou moins considérable sur un ou plusieurs organes essentiels en est l'effet immanquable. Nous avons été témoin de cet effet d'un bain froid dans un cas dont l'issue fut rapidement fatale. Lorsque la chaleur du corps est considérable les bains et les ablutions d'eau tiède procurent par l'évaporation, c'est-à-dire par une soustraction effective de calorique sur tous les points de la périphérie, un rafraîchissement sensible et agréable, leur action est généralement suivie de détente et d'une douce diaphorèse. Em-

ployés à propos, les bains et les affusions tièdes sont donc un des moyens auxiliaires propres à combattre la fièvre jaune. Nous y avons eu fréquemment recours et notre expérience nous permet d'en recommander l'usage avec confiance. » (*Loc cit.*, p. 24.)

Quant à l'alternance des bains chauds et froids, du drap mouillé, du bain de vapeur, et des lotions froides ou des douches glacées, disons d'un mot qu'Amic, après les avoir réédités avec une ardeur qui partait d'une conviction profonde, s'aperçut si bien de leur inutilité, je dirai plus, de leurs mauvais effets, qu'il y renonça un beau jour de la manière la plus absolue.

Dans la fièvre inflammatoire comme d'ailleurs dans les états typhoïdes qui ont maintes ressemblances avec la fièvre jaune, j'ai largement expérimenté les bains et les lotions fraîches, froides, tièdes, chaudes, et j'en suis arrivé à cette opinion que l'emploi d'une eau tenue à une bonne température, dix-huit à vingt-huit degrés, est en somme ce qu'il y a de mieux. Je crois que les organismes ressentent d'une manière si différente l'impression d'un même degré de température, que je considère comme irrationel d'appliquer à tous les individus les mêmes degrés.

En vertu de ces idées, voici ce que je faisais à la Martinique : Une baignoire était placée auprès du lit, et une fois le bain préparé on mettait un seau d'eau chaude et un autre de froide à portée. Le malade étant plongé dans l'eau, on chauffait ou on refroidissait le liquide à son gré et on laissait ainsi le sujet tant qu'il le trouvait agréable. Donc la température et la durée étaient réglées par l'intéressé lui-même. Je crois que j'ai tiré ainsi tous les bons effets qu'on pouvait attendre de la balnéation.

Il y a quelque chose de très-frappant dans l'emploi des bains, c'est que lorsqu'ils font du bien le malade les désire et *vice versa;* j'ai vu des congestions se produire si facilement et une aggravation se manifester sous l'influence d'une persistance employée contre le gré du sujet, que je me suis fait une règle désormais de consulter avec grand soin ses sensations. En définitive, on voit que je ne suis pour aucun moyen extrême, et que recourant très-volontiers au bain, je le donne au gré du malade, le renouvelant deux, trois fois par jour s'il le désire. Et, soit que le sujet prenne des bains, soit qu'il ne puisse les mettre en œuvre, les lotions fraîches avec un quart d'alcool aromatique pour trois quarts d'eau font très-bien. J'ai eu re-

cours à ce moyen, employé de deux heures en deux heures dans un grand nombre de cas, et il m'a semblé que jamais il n'a fait mal, tout son défaut est parfois son impuissance à faire tomber la température, mais toujours il a procuré au moins un sentiment de bien-être passager.

J'ai employé l'eau fraîche simple ou aromatisée en compresses sur le front pendant la période fébrile. C'est un excellent moyen à mettre en usage toujours.

J'ai essayé d'abaisser la température par de grands lavements froids, frais ou tièdes, et comme pour les bains, je suis arrivé à les donner de dix-huit à vingt-huit degrés. On lave l'intestin, on donne un bain intérieur, on provoque sans effort les mouvements péristaltiques du tube digestif par ce moyen. Je l'ai employé très-volontiers et sur une vaste échelle, lui trouvant souvent une utilité, jamais un inconvénient ou un danger.

Boissons.

La soif est si souvent vive, la chaleur est si forte que la question des boissons à prescrire au malade a une grande importance apparente au moins sinon réelle. Toutes les boissons ont été mises en œuvre, chaudes, froides, douces, amères, acides, astringentes, etc. Quelques-unes sont utiles, la plupart indifférentes, mais un certain nombre sont manifestement contre-indiquées. Ainsi tout d'abord mettons hors de cause l'eau vineuse; elle a été accusée avec raison, j'en suis convaincu, de provoquer le vomissement, ce qui est une des plus mauvaises choses qu'on puisse imaginer dans la fièvre jaune. Les boissons acides, les limonades au citron, à l'orange, au tamarin, aux acides minéraux, sont recherchées par beaucoup de malades; mais il faut craindre qu'elles ne pincent l'estomac ou ne provoquent le vomissement. Dans les cas où une limonade ordinaire ne pouvait être tolérée, une limonade cuite (deux citrons coupés en quatre mis à bouillir dans un litre d'eau pendant un quart d'heure; puis la boisson est édulcorée et refroidie) m'a paru faire bien à la Martinique comme dans tous les pays chauds.

Dans certaines circonstances, une eau simplement édulcorée et aromatisée est prise avec plaisir; dans d'autres, au contraire, une infusion chaude aromatique a paru préférable. Gillesie dit qu'une infusion de gingembre est parfois tolérée par l'estomac, alors que toutes les autres sont rejetées.

Je ne puis formuler aucune opinion exclusive à ce sujet, j'a-

vais l'habitude de laisser la sœur de la salle libre de ses mouvements à cet égard; car elle savait que mon premier objectif était d'éviter le vomissement; donc, elle consultait le malade, essayait successivement toutes les boissons : eau fraîche simple, édulcorée, aromatisée, limonade crue ou cuite, orangeade, infusion de fleurs d'oranger, de tilleul, de thé, petits fragments de glace, quartiers d'oranges, etc., s'arrêtant à ce qui plaisait et ne provoquait pas le vomissement, faisant boire par très-petites gorgées et très-souvent, proscrivant toute boisson alcoolique, vin rouge, blanc, rhum étendu d'eau, etc., pendant la première période. Je crois que cette pratique est encore la plus rationnelle, elle me semble plus capable que telle méthode exclusive de produire de bons effets.

Diurétiques.

Dans la première période de la fièvre jaune, il y a toujours diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois suspension complète de cette fonction, et on a pensé que cette rétention des éléments uro-poiëtiques dans le sang étaient une des plus puissantes causes des accidents ultérieurs. L'idée de donner des diurétiques se présentait tout naturellement, et alors le nitrate, l'acétate de potasse ont été mélangés aux boissons. Amic employait dans ce but la râpure de la racine de l'arada (petiveria alliacea de la famille des phytolaccacées), mais il ne pouvait pas mieux que les autres rétablir le cours de l'urine; de sorte qu'il y renonça. Je crois, pour ma part, que l'indication de rétablir le cours des urines est pressante, mais je crois aussi que les médicaments dits diurétiques ne produisent malheureusement pas d'effet suffisamment efficace. La diurèse, qui est souvent le signal de la rémission, est comme la fièvre dans le cas qui nous occupe, et malheureusement nos moyens sont trop souvent impuissants contre elles jusqu'ici.

Antispasmodiques.

Malgré toutes les précautions, le vomissement se produit si souvent dans la première période de la fièvre jaune que l'idée des antispamodiques, des calmants de l'estomac a dû se présenter de bonne heure à l'esprit des médecins. Nombre de moyens ont été préconisés dans cet ordre d'idées; et c'est ainsi que l'éther, le camphre, l'opium, l'ammoniaque et mille autres ont été employés.

Savaresi donnait, contre la tendance au vomissement une potion composée de 100 grammes de véhicule sucré, d'un peu d'éther, de laudanum et d'ammoniaque liquide. En général, *āā* quinze gouttes.

Moultrie a préconisé contre le vomissement une potion composée de 4 grammes de sous-carbonate de potasse, de 45 grammes de suc d'oranges, de 60 grammes d'alcoolé de menthe et de 1 gramme 50 de chlorhydrate d'ammoniaque dans 180 grammes d'eau, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Quel jugement porter sur l'efficacité de ces médicaments ? Nous dirons que chaque médecin est tenté de trouver la prescription de son prédécesseur défectueuse et cherche à en faire une différente, ce qui est la preuve absolue pour nous que jusqu'ici rien de bien efficace n'a été produit pour arrêter les vomissements. Je crois que, pas plus les potions que les épithèmes au camphre, à l'assa-fœtida, à la thériaque, les frictions d'éther sur l'épigastre, etc., n'ont jamais produit de bons effets assurés et constants.

En conséquence, je crois qu'on peut essayer tous les médicaments préconisés, mais avec la pensée qu'ils constituent tout au plus un moyen secondaire. Ajoutons : impuissant dans l'immense majorité des cas.

Révulsifs cutanés.

Soit pour faire tomber la fièvre, soit pour calmer les douleurs, soit pour faire cesser les vomissements, on peut dire que les révulsifs cutanés ont été employés sur une vaste échelle : synapismes, bains locaux ou généraux synapisés, ventouses sèches ou scarrifiées, vésicatoires, injections hypodermiques de morphine, etc., etc., tout a été mis en œuvre. Je suis d'avis de continuer l'usage de ces moyens secondaires; recourant d'abord au synapisme, n'employant le vésicatoire que lorsque ni les frictions, ni les embrocations, ni la rubéfaction n'ont pu obtenir une amélioration. Mais, je le répète, ce sont là seulement des moyens secondaires et sur lesquels on ne saurait fonder grande espérance pour le soulagement définitif; néanmoins, le peu de bien qu'ils peuvent faire n'est pas à dédaigner dans une situation aussi précaire.

Traitement de la rémission.

Lorsque la période fébrile de la fièvre jaune touche à sa fin,

il n'y a, pour ainsi dire, qu'à attendre la guérison dans les atteintes légères; mais des accidents sont si proches et tellement à redouter dans les cas de moyenne et de grande intensité, qu'il était naturel de songer à gagner la maladie de vitesse pour ainsi dire, de manière à prévenir, si c'est possible, les complications qu'on peut redouter. Sans doute une telle pensée est parfaitement logique, mais malheureusement jusqu'ici nous n'avons aucun moyen réellement efficace à notre disposition. Nombre de médecins ont pensé que le quinquina et surtout la quinine devait être employée dès le moment de la rémission, espérant ainsi empêcher l'arrivée de la seconde période ; hélas ! leur espérance a été déçue. Bally déjà même leur a dit que ces agents sont plutôt nuisibles qu'utiles, qu'ils hâtent l'apparition de l'ictère et des vomissements noirs, de sorte qu'il est prudent de ne pas les employer. Je crois qu'au moment de la rémission le rôle du médecin est extrêmement limité, toute médication énergique me paraît contre-indiquée pour ma part, et je pense que le mieux est de surveiller la température pour tâcher de la faire descendre, aussi bien et aussi vite que possible, dans les environs des chiffres physiologiques à l'aide des moyens très-ménagés, de la balnéation, des boissons tempérantes légèrement laxatives et rien de plus. Trop souvent des accidents se montreront, il sera nécessaire de faire alors rapidement une médication active, mais jusqu'à ce que l'attaque ait commencé, qu'on me passe le mot, je crois qu'il faut rester sur la défensive de peur de faire plus de mal que de bien.

TRAITEMENT DE LA SÉCONDE PÉRIODE.

Nous avons vu en faisant la description des phénomènes morbides de la fièvre jaune, qu'il y a une différence autrement marquée entre les deux périodes de la maladie, aussi comprend-on *a priori* que les mêmes agents thérapeutiques ne sont pas également de mise aux divers moments de la maladie.

Si nous avons vu un assez grand nombre de médicaments être préconisés dans le traitement de la première période, *a fortiori*, allons-nous en rencontrer beaucoup dans celle-ci, et nous pensons que, pour ne pas rendre notre exposition aride autant qu'obscure, il nous faut grouper les agents thérapeutiques sous certains chefs.

Ainsi, par exemple, nous parlerons :

A. Des moyens employés contre l'adynamie à cette période;
B. La médication opposée aux accidents cérébraux;
C. Les anti-vomitifs;
D. Les anti-hémorrhagiques;
E. Les agents de l'alimentation, etc., etc.

Sans doute ces coupures sont absolument artificielles. Tel moyen agit non-seulement dans tel sens mais encore dans tel autre; la classification peut être faite de mille manières, attaquée victorieusement à chaque pas par des arguments excellents; mais néanmoins nous conserverons ces divisions, ayant fait, dès le premier moment, la réserve qu'elles n'ont absolument pour but que de nous fournir un moyen de passer en revue les divers moyens thérapeutiques qui peuvent être de mise dans la seconde période de la maladie.

A. *Moyens proposés contre l'adynamie qui constitue le fond de la maladie arrivée à la deuxième période.*

Au premier rang, nous allons parler du quinquina et de la quinine; nous dirons ensuite un mot de l'emploi du lait qui agit dans ce cas autant comme médicament que comme aliment; et enfin, nous ne ferons qu'énumérer quelques-uns des autres agents qui ont été essayés.

Quinquina et quinine.

Déjà dans le courant du siècle dernier, on préconisait l'emploi du quinine en poudre dans la seconde période de la fièvre jaune. On agissait dans ce cas comme pour la fièvre paludéenne et, comme on savait qu'il faut donner des doses massives pour éviter les accidents dans les atteintes malariennes, on administrait dans la maladie actuelle des quantités vraiment considérables, puisqu'on est allé jusqu'à huit onces, c'est-à-dire 240 grammes de poudre en vingt-quatre heures.

Lorsque la quinine a été découverte, on l'a employée d'autant plus volontiers qu'il était de notoriété que les grandes quantités de poudre de quinquina pinçaient l'estomac, favorisaient le vomissement, etc., etc., et, les idées de Chervin aidant, on employa cette quinine de toutes les manières : doses fortes, faibles, par la bouche, par l'anus; en peu de temps, longuement continuées, etc., etc.

Mais disons d'un mot qu'on n'a obtenu aucun bon résultat en

définitive; les succès signalés par un expérimentateur ne se sont pas reproduits dans les mains des autres et à mon avis l'expérience est bien suffisamment faite aujourd'hui. Il faut rayer la quinine du traitement de la fièvre jaune, soit au début, soit au moment de la rémission, soit pendant la seconde période. Elle est inutile dans les cas légers, pernicieuse dans les cas graves. Sans doute il faut faire la réserve que, lorsque le paludisme existe en même temps que le typhus amaril chez un individu, la quinine est nécessaire contre l'empoisonnement malarien. Mais qu'on ne s'y trompe pas, cette réserve est presque dans le champ de la théorie, j'oserai dire, car pour une fois où les deux maladies existent réellement, on en voit cent où le paludisme est tellement relégué loin que la quinine n'est pas indispensable contre lui, tandis quelle est du plus mauvais effet contre la fièvre jaune.

Le quinquina a été donné comme tonique seulement, sous forme d'extrait et à doses légères dans le cours de la seconde période. On ne peut trouver qu'il soit absolument contre-indiqué. Mais prenons-y bien garde, il ne faut pas que son emploi réveille l'idée d'une action fébrifuge et même dans ce cas la crainte de lui voir faire révolter l'estomac me rendrait extrêmement réservé. Les toniques, quels qu'ils soient, depuis le quinquina jusqu'au vin sont dangereux par les vomissements qu'ils peuvent provoquer, et à ce titre les autres toniques et en particulier les toniques alimentaires, jus de viande, lait, me semblent beaucoup plus souvent indiqués ou du moins beaucoup moins dangereux.

Lait.

Dans ces dernières années il y eu un revirement remarquable dans les idées au sujet du lait; il était naturel qu'on songeât à lui dans le traitement de la fièvre jaune. Le docteur Nogeli l'a mis a contribution dans l'épidémie de Rio et s'en est très-bien trouvé; le professeur Jaccoud (*loc. cit.*, p. 693) le préconise et propose de le donner en aussi grande quantité que possible pour entretenir la diurèse en même temps qu'il soutiendra les forces du malade.

Les faits sont encore très-peu nombreux en faveur de ce moyen alimentaire autant que thérapeutique et pour ma part je suis tout à fait porté à lui prêter une action excellente. Je l'ai en effet employé assez souvent dans la seconde période de la fièvre inflammatoire grave qui, on s'en souvient, m'a paru

être identique à la fièvre jaune moyenne, pour avoir une opinion bien arrêtée et toute en sa faveur.

On a donné des préparations de strychnine comme excitant tonique dans la seconde période de la fièvre jaune, la dose préconisée est de un à deux centigrammes, divisé en quatre granules à prendre de trois en trois heures ; les résultats n'ont pas été tellement marqués qu'on doive fonder une grande espérance sur son usage.

Le perchlorure de fer a été employé à la dose de cinquante centigrammes à un gramme de solution normale pour cent grammes de liquide dans le traitement de la fièvre jaune; il a paru bien faire dans les cas d'adynamie ou d'accidents cholériformes.

L'alcool a été mis en œuvre sous toutes les formes : tafia pur ou étendu, vin simple ou médicamenteux, etc. M. Jaccoud le préconise sous forme de potion alcoolique. Pour nous, nous avons eu recours à ces potions alcooliques et particulièrement à la potion de Todd plus ou moins modifiée : rhum et madère par parties égales suffisamment édulcorées par du sirop au gré des malades. Nous n'avons pas sauvé tous ceux auxquels nous l'avons donné, bien loin de là, mais néanmoins nous pensons que c'est un moyen utile que nous voudrions voir combiner avec le lait et le thé de bœuf comme base du traitement de la seconde période.

B. *Moyens employés contre les accidents cérébraux.*

Les accidents nerveux, et particulièrement ceux qu'on appelle cérébraux, sont assez fréquents et constituent un des dangers assez habituels de la maladie pour avoir préoccupé les médecins. Les antispasmodiques de toute sorte : musc, castoréum, camphre, valériane, éther, asa-fœtida, oxyde de zinc, etc., ont été mis en œuvre. Ils n'ont produit que des résultats très-contestables; mais remarquons que le cas est tellement grave, sinon désespéré, que, si on trouvait un médicament sûrement utile, on aurait découvert, non-seulement un spécifique contre la fièvre jaune, mais presque, pourrait-on dire, un remède contre les accidents des fièvres graves. Par conséquent, on recourra dans l'avenir, comme par le passé, à tous ces médicaments sans plus de succès; mais aussi avec la même insistance.

Lefort réveillait les malades plongés dans le coma par le cautère actuel appliqué au rouge-blanc au sinciput et à la nuque. Le

marteau de Mayor pourrait peut-être produire les mêmes résultats, mais il n'y a là encore qu'un moyen des moins assurés, destiné, je crois, à rester dans le traitement à titre de mémoire, à côté du moxa, de l'électro-puncture, etc.

C. *Moyens employés contre le vomissement.*

On a cherché par tous les moyens possibles à empêcher le vomissement qui constitue un des accidents si dangereux de la seconde période. Tous les antispasmodiques pourraient être cités ici. Les boissons gazeuses, les potions antiémétiques, les opiacés, les révulsifs externes, depuis le synapisme jusqu'au vésicatoire ou au cautère, passant par l'injection hypodermique. Mais l'effet produit est malheureusement trop souvent impuissant à conjurer les accidents.

D. *Moyens proposés contre les hémorrhagies.*

Les tanniques, les astringents, les acides minéraux ou végétaux ont été employés *intra* et *extra* comme toniques ou bien comme styptiques locaux pour prévenir ou combattre les hémorrhagies. Ai-je besoin de les énumérer ? C'est inutile, je crois, devant ultérieurement parler de ceux d'entre eux que nous voudrions mettre en œuvre le cas échéant.

E. *Alimentation.*

Dans une maladie où les forces du malade sont déprimées jusqu'à la dernière limite, l'alimentation est capable de produire de bons effets ; malheureusement, la tendance aux vomissement est si grande que cette alimentation est le plus souvent impossible. Dans tous les cas, il faut tâcher de nourrir les sujets pour leur donner les forces nécessaires, et tous les médecins ont cherché à obtenir ce résultat en évitant, autant que faire se peut, l'écueil du vomissement.

« J'ai vu, dit M. Cornillac (*loc cit.*, p. 744) en 1857, pendant l'épidémie de fièvre jaune, un marin du commerce d'une rare énergie qui guérit après avoir vomi cinq jours de suite, mais les vomissements étaient chez lui assez espacés. Dans l'intervalle il prenait, par cuillerées, un potage gras qu'il avait obtenu à force d'insistance et que le médecin lui avait accordé, le croyant perdu.

Je n'oublierai jamais cet homme hâve, couvert de matière noire et du sang de l'hémorrhagie linguale qui coulait de chaque commissure de ses

lèvres, rejetant avec des efforts douloureux, presque toutes les deux heures, des flots de vomissement noir mêlés au potage qu'il venait d'avaler et dont une certaine partie était digérée; puis, se recouchant pour se reposer un moment et prenant de nouveau sa cuiller pour puiser dans l'écuelle que la sœur avait soin de tenir constamment près de son lit. »

Cette observation de notre savant camarade n'est-elle pas de nature à nous montrer qu'il faut insister le plus qu'on peut sur l'alimentation des sujets arrivés à la seconde période de la maladie?

Traitement de la convalescence.

La convalescence de la fièvre jaune est plus ou moins facile, suivant que l'atteinte a été plus ou moins grave; mais elle ne présente rien de spécial; elle ressemble à la période de réparation de toutes les pyrexies essentielles, et, à ce titre, ne doit pas nous occuper davantage, car nous n'aurions ici à répéter que ce qui a été dit pour toute la convalescence des maladies ayant fait courir de grands dangers.

Appréciations touchant le traitement de la fièvre jaune.

Il ne suffit pas, je crois, d'avoir énuméré les diverses méthodes de traitement qui ont été mises en usage à la Martinique et d'avoir parlé successivement des nombreux agents thérapeutiques qui les composent, il faut encore, pour que notre travail ait une valeur pratique réelle, chercher à déterminer dans quelles conditions ces agents sont indiqués ou inopportuns, et à quelle limite nous pensons qu'on doit s'arrêter dans leur emploi. En un mot, ce que les médecins, qui se trouveront désormais en présence de la fièvre jaune dans la colonie, pourront tenter pour sa curation.

Les médications indiquées précédemment peuvent paraître plus ou moins rationnelles *à priori*, suivant l'idée qu'on se fait du mécanisme de la maladie; mais, pour avoir la chance de les apprécier à leur juste valeur, il faut posséder des indications plus précises que les affirmations de leurs promoteurs. Or, comme nous savons exactement le nombre des malades et des morts depuis un certain nombre d'années, d'une part; que, d'autre part, nous savons la date précise des mutations dans le personnel médical de la colonie, nous avons eu l'idée de dresser le tableau suivant analogue à celui que je dressai jadis pour la fièvre mélanurique au Sénégal.

Tableau des proportions de la mortalité de la fièvre jaune suivant les divers médecins traitants à la Martinique.

Fort de France.	Malades.	Morts.	Proportion.	Saint-Pierre.	Malades.	Morts.	Proportion.
Épidémie de 1818 à 1828.							
A (1818 à 1820)	483	151	31,2	»			
B (1820 à 1823)	3015	825	27,3	»			
C (1825 à 1828)	3788	780	20,6	»			
	7286	1786	24,0				
Épidémie de 1838 à 1844.							
C' (1838 août 1839)	849	156	18,4	D (1838 août 1839)	1140	142	12,5
D' (sept. 1839 à 1844)	4000	709	17,7	H (1839 mars 1841)	248	35	14,0
				I (avril à juillet 1841)	100	26	26,0
				E (août 1841 à la fin)	806	184	22,7
	4849	865	17,9		2294	387	16,8
Épidémie de 1850 à 1857.							
E (à novembre 1856)	1783	390	21,8	J (novembre 1852)	440	148	33,6
				K (déc. 1852 à mars 1855)	59	22	37,2
F (déc. 1856 à la fin)	270	96	35,4	L (av. 1855 mai 1857)	1369	353	25,7
				M (juin 1857 à la fin)	323	114	35,0
	2053	483	23,5		2191	637	29,0
Épidémie de 1869.							
G (1869)	185	82	41.3	N (1869)	245	62	25,2

Je dois d'abord entrer dans quelques explications touchant ce tableau. Comme dans mon livre sur la fièvre mélanurique, j'ai remplacé les noms propres par des lettres de l'alphabet, car comme je le disais alors déjà, loin de moi la pensée de jeter la défaveur sur quelques-uns de mes prédécesseurs qui tous ont été des hommes éminents, pour lesquels j'ai respect et sympathie.

Je ne voudrais pas qu'on pût dire : tel a été plus heureux que tel autre, de peur qu'on ne poussât l'extension jusqu'à en conclure que l'un a été plus habile que son prédécesseur ou son successeur. Tous ont été mus par le désir de bien faire et les succès, comme les insuccès, doivent nous servir seulement

d'enseignement, sans en inférer quelque chose de blessant pour ceux dont les efforts n'ont pas été couronnés de succès.

On constate, par l'inspection du tableau précédent, que la moyenne de la mortalité varie très-notablement d'une épidémie à l'autre ; en effet, pour Fort-de-France, nous voyons 24 p. 100 de 1818 à 1828; 17,9, de 1838 à 1844; 23,5, de 1850 à 1858; et enfin 44,3 en 1869. A Saint-Pierre, les chiffres oscillent entre 16,8 et 29,0 p. 100.

Nous pouvons donc déjà en inférer que les diverses épidémies ne sont pas toujours également sévères. Bien plus, tantôt c'est une localité, tantôt c'est l'autre qui est plus maltraitée. Mais néanmoins, je crois aussi qu'on aurait tort de ne pas attribuer une grande influence au traitement employé, et la preuve que j'en puis donner, c'est qu'à plusieurs années de distance on retrouve les mêmes chiffres proportionnels lorsque l'on a affaire aux mêmes hommes ou bien lorsqu'on voit la même médication être employée, soit sur place, soit dans des lieux différents.

Entrons dans quelques explications au sujet des diverses médications employées par les médecins dont il a été question dans le tableau précédent; en rapprochant la proportion de mortalité de la thérapeutique, il peut en ressortir des indications utiles pour ce qu'il faudra faire à l'avenir.

Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour dire résolûment quelle méthode de traitement suivait le médecin désigné sous la lettre A, dans notre tableau.

A cette époque il y avait, comme nous l'apprend Rochoux, deux grands courants, la méthode antiphlogistique et la méthode tonique; je ne saurais rien affirmer, mais il me semble que c'est la méthode dite tonique qui fut mise en œuvre ici et on voit que les résultats n'étaient guère heureux.

Le médecin désigné sous la lettre B, employait la médication que nous avons appelée traitement de Lefort, qui, comme nous l'avons vu, recourait assez volontiers à la saignée, mais employait aussitôt que possible les purgatifs; seulement remarquons que ce médecin employait de petites doses de quinine, et j'avoue que, pour ma part, après ce que j'ai vu à la Martinique, je suis porté à penser que c'est à cette quinine qu'il faut rapporter le chiffre élevé des décès. En employant de petites doses de sel quinique il a eu le 27 p. 100 de mortalité. Cette proportion eût été plus forte s'il avait eu la main plus lourde. Elle eût au contraire diminué s'il n'y avait pas eu recours.

Le médecin désigné sous la lettre C employait, si je ne m'abuse, la méthode que nous avons appelée le traitement de Gaubert, à savoir, les saignées et les purgatifs, proscrivant les vomitifs et la quinine, donnant à peine un peu de quinquina comme tonique à une époque avancée de la seconde période. Les résultats qu'il obtint étaient satisfaisants, puisque dans un nombre considérable de cas, 4,637 malades, il n'eut que le 20 p. 100 de mortalité environ.

Le médecin désigné sous la lettre D' à Saint-Pierre et par D à Fort-de-France, n'est autre que l'éminent Câtel : saignées surtout, purgatifs d'une manière très-modérée, pas de vomitifs, pas de quinquina. En somme, méthode très-voisine de la précédente, et sur 5.140 malades, nous voyons qu'il eut seulement 16,5 p. 100 de décès.

Comment ne pas penser que la médication est pour quelque chose dans la proportion de mortalité de la fièvre jaune, quand nous voyons que le médecin qui succéda à Câtel, à Saint-Pierre, de septembre 1839 à mars 1841, et qui est désigné par H, ne perdit que le 14 p. 100 de ses malades, et que nous savons d'autre part que ce médecin, l'élève et l'ami de Câtel, suivait très-exactement les traditions du maître. Je suis heureux de payer ici la dette d'affection respectueuse que je dois au vénérable docteur Fazeuille, dont j'ai pu apprécier personnellement la bienveillance et l'amabilité.

Une particularité qui nous porte à penser aussi que la médication y est pour beaucoup, c'est que nous voyons Amic désigné sous le nom de E', à Saint-Pierre, de 1841 à 1844, avoir à cette époque une proportion de 22,7 p. 100. Plus tard, il vint à Fort-de-France, et de 1850 à 1856, il eut une mortalité de 21,8. Or, remarquons cependant que la moyenne générale de l'épidémie de Saint-Pierre, de 1838 à 1844, est de 16,8, tandis que celle de Fort-de-France, de 1850 à 1857 est de 23,5. Or, n'est-il pas logique d'en inférer une conclusion favorable à notre opinion par l'examen comparatif de ces chiffres?

Je n'ai pas de renseignements précis sur la thérapeutique mise en œuvre par le médecin désigné par la lettre I, à Saint-Pierre, j'ai lieu de croire qu'il usait peu des saignées relativement, un peu plus souvent des vomitifs et qu'il donnait un peu de quinine.

Le médecin désigné sous le nom de J, employait peu les saignées, au contraire, il donnait les vomitifs et la quinine assez souvent. Nous voyons que sa pratique n'était pas très-favorisée, 33 p. 100 de mortalité.

Celui qui est désigné par la lettre F faisait volontiers des saignées, mais recourait aussi aux vomitifs et à la quinine dans une large proportion; il eut 35 p. 100 de mortalité.

Celui qui a pour indice la lettre M employait tantôt un vomitif, tantôt le calomel et recourait assez volontiers à la quinine dans les premiers jours de la maladie; la proportion de ses morts fut de 35 p. 100.

Ceux qui sont désignés sous les lettres K, G, L, M, employaient généralement un vomitif au début, relativement très-peu d'émissions sanguines. Quelques rares fois des sangsues seulement, mais la quinine à assez haute dose et avec une persistance assez grande. Leur mortalité a oscillé entre 25 et 44 pour 100.

En nous résumant, nous voyons que la méthode antiphlogistique dont le type est la médication de Câtel, a donné les meilleurs résultats. CC′ DD′ y eurent recours et ont eu les proportions suivantes : 10,025 malades, 1,822 morts, soit 18 p. 100. EE′ a employé la méthode des applications froides, hydrothérapie; les émissions sanguines, les purgatifs étant des moyens secondaires, et il y a eu 2,589 malades donnant 574 morts, soit, 22 p. 100.

Enfin, I, J, K, L, M, N, ont fait vomir ou donné du calomel, administré de la quinine au début. 2,621 malades, 781 morts, soit 29,8 p. 100.

Donc le médecin qui se trouve en présence d'une atteinte de fièvre jaune à la Martinique et qui veut s'inspirer de ce qu'ont fait nos prédécesseurs, se trouve en présence de trois grandes méthodes de traitement :

A. Les émissions sanguines;

B. La méthode perturbatrice à l'aide de l'hydrothérapie;

C. Celle du vomitif ou du purgatif avec emploi de la quinine.

Et, entre ces trois méthodes, le jugement est facile à porter, il me semble. Celle dite antiphlogistique est évidemment supérieure aux deux autres; celle des vomitifs et de la quinine est la plus mauvaise, sans contredit.

Conseillerons-nous de recourir purement et simplement à la méthode dite antiphlogistique dans le traitement de la fièvre jaune? Voudrons-nous qu'on soigne désormais les malades comme les soignait Câtel? Évidemment, ce serait logique si nous n'avions égard qu'aux chiffres précités; mais nous ferions ainsi un pas en arrière, car depuis cinquante ans la science a fait quelques progrès; et si trop souvent la pratique médicale

s'est fourvoyée dans cet intervalle; dans maintes circonstances néanmoins elle a fait des acquisitions heureuses indéniables.

Il faut ici, comme toujours, tâcher de faire mieux que nos prédécesseurs. L'enjeu qui se chiffre par des existences humaines en vaut bien la peine. Et alors quelles que soient les théories médicales en faveur dans le moment, la prudence, la raison nous commandent de tenir grand compte des enseignements de Câtel; car, ne l'oublions pas, c'est lui qui a eu la moindre proportion de mortalité. Partons donc de ce point, c'est-à-dire cherchons à n'avoir au moins pas une plus forte proportion de mortalité et essayons d'ajouter, de modifier, de retrancher à la pratique du maître tels et tels détails imaginés depuis lui, afin de faire baisser encore, si c'est possible, le chiffre relatif de nos insuccès.

Mais avant d'aller plus loin, disons qu'il ne faut pas oublier un grand précepte dans la thérapeutique de la fièvre jaune; c'est que la maladie ne réclame pas toujours et aveuglement la même médication, parce qu'elle ne se présente pas toujours sous la même forme et avec le même appareil symptomatique, et d'ailleurs nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici les paroles de Bally, qui est une si grande autorité en pathologie exotique :

« Disons d'abord, avec tous les praticiens expérimentés, que toutes les épidémies ne se ressemblent pas, quoique les maladies qui les constituent portent avec elles tous les caractères généraux qui forcent à leur donner la même dénomination et à les ranger dans la même classe. Si les praticiens n'avaient pas méconnu le principe et s'étaient assujétis aux lois sévères de l'analyse, ils auraient aperçu qu'il est des épidémies de fièvre jaune où les caractères inflammatoires sont plus marqués et d'autres où ils ne sont qu'extérieurs et propres à en imposer. Dans le premier cas, la saignée souffre de fréquentes applications; dans le second, elle est nuisible. Il ne fallait donc pas établir qu'elle était constamment nécessaire. Non-seulement ce principe est applicable aux épidémies comparées entre elles, mais il l'est encore aux cas particuliers de celle qui domine. (Bailly, *loc. cit.*, p. 555.

Cette particularité importante du traitement de la fièvre jaune étant bien établie, nous pouvons entreprendre l'étude de ce qu'il convient de faire, à notre avis, quand on est en face de la maladie.

TRAITEMENT QU'IL PARAIT RATIONNEL D'APPLIQUER A LA FIÈVRE JAUNE DANS L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES.

Il m'a semblé que mon étude n'atteindrait pas le but pratique que je me suis proposé en l'entreprenant si, après avoir passé en revue tous les agents thérapeutiques opposés à la fièvre jaune, je ne faisais pas une sorte de plan de campagne indiquant ce qu'il nous semble aujourd'hui rationnel de faire quand on est en sa présence. Mais tout d'abord on me permettra d'aller au-devant d'une pensée qui peut venir ; ai-je ainsi la présomption de faire mieux que mes prédécesseurs? Non, mille fois non, et loin de moi toute pensée de cette nature. Mais cependant n'est-il pas temps, enfin, de jeter un coup d'œil synthétique sur les diverses méthodes préconisées; faudra-t-il recommencer à perpétuité des expériences au lit du malade et relire dans les livres une longue liste de médicaments qu'on n'emploie pas dans la pratique. Je crois que cette manière de faire exclurait tout progrès dans le traitement de la maladie.

Sans doute, me dira-t-on, Dutrouleau a fait dans son remarquable livre un exposé lucide de la thérapeutique du typhus amaril, il y aurait outrecuidance à penser qu'on dépassera un tel modèle. Je suis le premier à en convenir, mais cependant remarquons que, depuis la publication du traité des maladies des Européens dans les pays chauds (1861), de grandes épidémies de fièvre jaune se sont montrées et ont provoqué beaucoup de travaux. Au Mexique, en effet, de 1862 à 1867, n'a-t-on pas été aux prises avec le typhus amaril : à la côte occidentale d'Afrique en 1866 et 1867; aux États-Unis du Nord pendant la guerre de sécession ; aux Antilles en 1869 ; dans toute l'Amérique du Sud, Brésil, République Argentine, Guyane, etc., etc. depuis 1870? Or penser que dans toutes ces luttes contre le fléau, il n'y a pas eu un progrès accompli, un moyen nouveau mis en saillie, une indication dégagée, serait faire injure aux travailleurs contemporains. Mon entreprise actuelle est donc justifiée.

Considérations qu'il faut ne pas perdre de vue dès le début.

Une des choses qui ont le mieux ressorti de l'observation des épidémies récentes c'est l'infection des locaux et la gravité de la maladie qui en résulte. On peut dire que jamais la chose n'avait paru si clairement aux yeux des observateurs; elle est

tellement bien mise en lumière aujourd'hui que la première préoccupation que doit avoir le médecin dès qu'il est en présence du typhus amaril, c'est de faire disparaître ces foyers d'infection, sachant bien qu'à mesure qu'il les atténuera, il verra non-seulement les atteintes être moins nombreuses, mais encore moins graves.

Pour ne citer qu'un exemple entre mille, je dirai que mon excellent ami Thaly, médecin principal de la marine aujourd'hui, m'a raconté le fait suivant : En 1869, il était chargé du service des malades de fièvre jaune, à Fort-de-France, au début de l'épidémie; la salle où étaient couchés ces hommes était petite, mal ventilée et tous ceux qui y entraient succombaient. Il réclama aussitôt un autre local, qu'il ne put obtenir que plusieurs jours après, et aussitôt que la fièvre jaune fut soignée dans une salle mieux aérée, la gravité des atteintes fut moindre, le nombre des morts diminua sensiblement.

La meilleure chance de guérison que l'on puisse donner à un malade de fièvre jaune, est, toute chose égale d'ailleurs, l'isolation ; telle est la proposition qu'on peut formuler de la manière la plus catégorique aujourd'hui, s'appuyant sur des centaines d'expériences. Par conséquent il faut avant toute chose songer aux moyens d'obtenir cette isolation absolue ou au moins relative. Ajoutons aussi que, de tout temps, on a remarqué que les malades qui arrivaient à l'hôpital dès le début de la maladie, avaient beaucoup plus de chances de guérir que ceux qui restaient chez eux, à la caserne ou sur leur navire pendant un certain temps.

Pour ma part, j'ai dû me préoccuper de ces deux conditions dès mon arrivée à la Martinique, et dès que l'épidémie de fièvre inflammatoire survint en 1876, je fis placer les malades dans le grand pavillon qui est à gauche de l'allée de tamariniers de l'hôpital de Fort-de-France. Si le typhus amaril nous avait visités, j'aurais même mis les hommes atteints sous la véranda qui est sur le côté sud de ce pavillon, pour les tenir le plus largement possible au grand air. Quant à l'envoi des malades à l'hôpital, je fis décider qu'on expédierait d'urgence tout homme paraissant atteint de la maladie dès les premières manifestations morbides.

J'aurai à revenir sur ces points dans le chapitre de la prophylaxie, on me permettra donc de ne pas parler de Saint-Pierre en ce moment.

Traitement préventif.

Y a-t-il un traitement préventif proprement dit de la fièvre jaune? Non; à moins qu'on ne veuille entendre sous ce nom l'émigration par groupes de population peu denses et suffisamment éloignés les uns des autres dans les hauteurs. Cependant il est de notoriété que l'exposition au grand air, les bains tièdes et surtout un purgatif à l'huile de ricin ont semblé souvent arrêter la maladie à la période prodromique. Donc je crois, après bien d'autres, qu'au premier sentiment de fatigue insolite, de brisement des membres, de céphalalgie, d'anorexie, on ferait bien, en temps de fièvre jaune, de recourir à cette série de moyens : grand air pur, bains tièdes, purgation. Il est à craindre que le plus souvent ces précautions soient inutiles, mais l'enjeu est trop considérable on le comprend pour ne pas se risquer, même au cas où la chose ne serait pas réellement efficace; car elle ne saurait dans aucun cas être dangereuse.

Melier avait déjà parlé des bons effets de la purgation préventive. Il serait même bon de l'essayer sur une vaste échelle, peut-être obtiendrait-on ainsi de bons effets dans les populations, les garnisons, les équipages, etc., etc.

Traitement de la première période.

Sans qu'il soit nécessaire de recommencer à discuter notre opinion, nous commençons l'étude de cette partie de la question en disant que le traitement de la première période de la fièvre jaune, doit subir des fluctuations en rapport :

A. Avec les diverses manières d'être de l'individu;

B. Avec certaines conditions générales, les allures de l'épidémie, la saison, la constitution médicale, le milieu, etc., etc.

Heureux le malade dont le médecin aura apprécié avec le moins de tâtonnement la situation pour choisir entre les divers agents thérapeutiques et les employer dans la mesure convenable pour réussir.

Il est triste d'avoir à dire que c'est par le tâtonnement qu'on arrive à déterminer le moyen utile, quand on songe que la vie des individus est si directement en cause ici. Mais est-il possible de faire mieux dans l'état actuel de nos connaissances? Hélas! non; et alors, contentons-nous d'une arme aussi imparfaite en attendant que nous en ayons une meilleure à notre disposition.

Je me suis trouvé en présence d'une épidémie de fièvre inflammatoire qui a couché plus de quatre cents hommes dans mes salles, et j'ai vu la maladie guérir si facilement et si bien par la médication très-simple que je lui opposais, que tout naturellement je suis porté à conseiller une pareille thérapeutique, au moins pour la fièvre jaune légère, et même pour la grande majorité des cas de moyenne intensité, qui ressemblent tellement à la fièvre inflammatoire intense que je ne sais vraiment où gît la différence.

Voici ce que je faisais à la Martinique dans l'épidémie précitée : Le malade arrivant à l'hôpital au début, c'est-à-dire six, douze ou quinze, quelquefois vingt-quatre heures après l'atteinte, je prescrivais trente, quarante-cinq ou soixante grammes d'huile de ricin émulsionnée.

Huile de ricin, une partie. — Alcoolé de menthe, une demi-partie. — Eau sucrée, une partie. — Agiter au moment de boire, sucer aussitôt un ou deux quartiers d'oranges pour débarrasser la bouche du mauvais goût. Rester dans la position horizontale, les yeux fermés, pour éviter ou diminuer les nausées.

Si cette dose d'huile était rejetée par le vomissement, j'en faisais donner une seconde immédiatement après, et si le malade la vomissait encore, je prescrivais 40 grammes de citrate de magnésie, en même temps que je faisais passer un lavement purgatif.

Dès le premier moment, on avait mis des compresses froides sur le front, des lotions aromatiques avec une partie d'alcoolé de menthe pour trois parties d'eau étaient faites sur tout le corps de deux en deux heures. Je recommandais au malade de boire le moins possible, surtout par petites gorgées, pour éviter le vomissement, prescrivant une limonade agréable, fraîche, glacée, gazeuse; une limonade cuite, de l'eau aromatisée, des fragments de glace dans la bouche, une infusion chaude, aromatisée, c'est-à-dire, en d'autres termes, recommandant à la sœur d'étancher la soif sans provoquer des vomissements.

Quand il y avait tendance à la congestion encéphalique, des synapismes, des compresses synapisées aux membres inférieurs; à la rigueur, quelques sangsues aux mastoïdes pour désemplir les veines de la tête; quand des nausées existaient, un synapisme au creux de l'estomac. Des frictions sèches ou aromatiques sur les membres, aux endroits douloureux.

Lorsque le purgatif avait produit peu d'effet et que l'amélioration ne s'était pas produite, on donnait un grand bain à la température agréable pour le malade. Ce bain était prolongé, réchauffé ou rafraîchi, renouvelé comme le voulait l'intéressé.

Douze ou vingt-quatre heures après, on renouvelait le purgatif à l'huile de ricin, dans les cas intenses; on donnait 40 à 60 grammes de citrate de magnésie dans les atteintes plus légères ou quand les vomissements étaient à craindre. Les moyens précités, sauf les sangsues, c'est-à-dire les bains, lotions froides, applications glacées sur le front, synapismes aux membres inférieurs, boissons agréables en petites quantités, étaient continués, avec de grands lavements froids ou frais jusqu'à la détente.

Dans maintes circonstances, j'ai donné 1, 2 ou 3 grammes de teinture de digitale dans une potion à prendre par cuillerée d'heure en heure, dans la pensée de faire baisser la température et tomber l'exaltation du pouls.

Voilà la médication qui m'a réussi dans la fièvre inflammatoire dont les cas intenses ressemblent si complétement, ai-je dit, à la fièvre jaune de moyenne intensité. Mais je n'ai pas l'aveuglement de croire que j'aurais obtenu les mêmes succès en présence de la fièvre jaune grave. Cette pensée absurde ne peut me venir; me viendrait-elle, que les nombreuses épidémies dont j'ai parlé précédemment seraient là pour montrer que je m'abuse.

Néanmoins, je dois dire que pendant mon séjour à la Martinique, c'est-à-dire à une époque où je m'attendais chaque jour à voir surgir le véritable typhus amaril, je me suis mille fois dit que c'est ainsi que je soignerais les premiers malades qui se présenteraient. Ce n'est qu'en présence d'insuccès bien avérés que j'aurais changé ma manière de faire.

Donc, je suis porté à préconiser le traitement dont je viens de parler pour le cas d'épidémie de fièvre inflammatoire, cela va sans dire; mais aussi, pour les individus qui ne présenteraient pas en temps d'épidémie les phénomènes de plénitude pléthorique trop accentués. En un mot, ce serait ma première arme, mon arme habituelle contre la maladie, tant que je ne constaterais pas son insuffisance.

Lorsque j'aurais vu que cette méthode si simple ne réussit plus à elle seule, c'est-à-dire que, malgré son emploi, la température reste élevée, l'albumine des urines est abondante, l'ictère s'accentue à la seconde période, etc. Je penserais qu'il faut agir

plus vigoureusement au début, et alors je ferais des catégories de malades.

A. Ceux qui sont pléthoriques et présentent les phénomènes réactionnels du début avec une grande intensité.

B. Ceux qui sont plus faibles et chez lesquels ces phénomènes sont moins accusés, quoique encore assez marqués.

Ceux qui présentent le cachet d'une insidiosité d'atteinte, c'est-à-dire chez lesquels les phénomènes de la seconde période semblent enjamber sur ceux de la première, et paraissent de mauvais aloi.

PREMIER CAS. — *Individus pléthoriques et présentant les phénomènes réactionnels du début avec une grande intensité.*

Lorsqu'on a affaire à un homme jeune, robuste, intempérant le plus souvent, arrivé depuis peu d'Europe, ou ayant conservé les attributs d'une santé vigoureuse et d'un tempérament sanguin, le malade présentant une face vultueuse, les yeux très-rouges, une céphalalgie très-forte avec des battements dans les tempes, ou la sensation d'un cercle de fer, ou une calotte de plomb, avec de violentes douleurs aux reins ou dans les membres, un appareil fébrile intense, une température élevée, une respiration élevée, suspirieuse même, la bouche sèche, la langue cotonneuse, une soif vive, parfois un phénomène d'hypérémie d'un organe interne, en un mot, la forme inflammatoire la mieux caractérisée, la première pensée qui vient au médecin, nous l'avons dit, est celle d'une déplétion sanguine. La chose est tellement vraie, qu'à part quelques rares médecins qui se sont abstenus, par parti pris, de toute émission de sang, on a vu, à toutes les époques, les praticiens recourir soit à la saignée générale, soit à l'application des sangsues.

Or, nous avouerons résolûment que, pour nous, l'indication paraît formelle dans ce cas : il faut tirer du sang ; et alors, la question se pose ainsi : emploierons-nous la saignée, recourrons-nous aux sangsues ou aux ventouses scarrifiées ?

Dans mon étude sur la fièvre jaune au Sénégal, j'ai déjà dit que, pour ma part, je préférais la saignée pour trois motifs : 1° Parce que l'on sait mieux avec elle quelle est la quantité de sang que l'on tirera. 2° Qu'on arrive plus vite à la dose voulue, et, en particulier, à la sidération passagère de l'individu si on veut employer la phlébotomie syncopale. 3° Parce que, pour le temps de

la seconde période, on ne prépare pas une multitude d'ouvertures capillaires par lesquelles l'hémorrhagie en nappe pourra se reproduire. Ces raisons font que les sangsues et les ventouses me paraissent constituer un moyen de nécessité et tout à fait accidentel.

La saignée doit donc, je crois, être préférée dans la très-grande majorité des cas, mais il y a maintes manières d'employer la saignée, et nous avons en présence au moins quatre méthodes proposées par des praticiens de la plus grande valeur. *A.* L'abondante saignée faite le plus près possible de l'invasion et non renouvelée. *B.* L'abondante saignée renouvelée jusqu'à la fin de la première période. *C.* La petite saignée perturbatrice au début, pour faire survenir une légère détente passagère, pendant laquelle on essaiera les purgatifs. *D.* La petite saignée poursuivant la fièvre jusqu'à la rémission.

On trouverait d'excellentes raisons en faveur de chacune de ces diverses manières de tirer du sang dans la fièvre jaune, et l'on a l'appui d'autorités également imposantes, de sorte que, jusqu'à plus ample informé, on est un peu obligé de suivre son inspiration. Or, voici la mienne formulée déjà dans mon étude sur la fièvre jaune du Sénégal : je dois déclarer que, malgré ce qu'on a dit et répété bien souvent contre la saignée, j'y recourrais dans bien des cas, je crois, si je me trouvais de nouveau en présence de la fièvre jaune. Ainsi si je me trouvais désormais en face d'un homme assez fort, jeune et même seulement moyennement vigoureux, je n'hésiterais pas à faire l'essai. Mais, remarquons-le bien, ce n'est pas un essai timoré et hésitant que je voudrais faire, ce serait une tentative hardie, désespérée, si l'on veut, mais énergique et complète, car je crois fermement qu'ici c'est le demi-moyen qui est le plus dangereux.

En présence donc d'un cas de fièvre jaune de moyenne intensité, et, répétons-le pour le bien spécifier, au moment même de l'invasion, c'est-à-dire dans les trois à six premières heures de l'atteinte, j'ouvrirais largement la veine du bras ou l'artère temporale et je ferais une saignée très-copieuse et très-large, ayant en vue l'avortement pour ainsi dire de la maladie et tout d'abord ayant pour limite la syncope.

Si cette première saignée provoquait une sédation bien marquée, je n'hésiterais pas à la renouveler comme l'a fait Câtel, dans le cas où je verrais poindre quelques heures après une sorte de nouvelle tentative fébrile de l'organisme. Mais, pour cette fois, je me déciderais après plus grande réflexion, et dans

tous les cas je n'emploierais plus désormais chez le malade les évacuations sanguines pensant qu'après quinze ou dix-huit heures de maladie elles ne sont plus opportunes.

Ai-je besoin de faire remarquer que, si le malade n'arrivait à l'hôpital que quinze, dix-huit, vingt-quatre heures après l'atteinte, les émissions sanguines ne me paraîtraient plus indiquées. Qu'on me permette, pour bien graver ma proposition dans l'esprit, de la formuler de la manière suivante : A mon avis, la saignée large et abondante est, pour ainsi dire, un moyen d'infirmerie à mettre en pratique dès la première heure de l'atteinte, car bientôt et le plus souvent lorsque le sujet est apporté à l'hôpital, le moment opportun est passé.

On me dira qn'il est très-rare de voir aux colonies des individus assez vigoureux pour supporter une saignée, je répondrai que non, et la preuve, c'est que du temps de la doctrine physiologique, quand on saignait à outrance, on a bien souvent saigné des anémiques sans les tuer sur le coup. On m'accordera que, dans le moment présent, le danger est assez considérable pour que nous ne nous laissions pas arrêter par des considérations d'un intérêt moins immédiat, qu'on me passe le mot.

Si j'ai bien fait comprendre ma pensée, on voit que je suis assez résolûment le partisan d'une large, abondante saignée, pratiquée au moment le plus rapproché possible de l'invasion du mal, et alors qu'il n'y a encore dans le corps qu'une *lésion dynamique* dans la circulation des organes, si je puis m'exprimer ainsi.

Quel est mon but en faisant ainsi ? est-ce de soustraire la plus grande quantité possible de sang vicié tout à fait au début de la maladie? Si je répondais affirmativement, on trouverait mon argumentation misérable, car on m'objecterait une fois de plus que, pour débarrasser l'organisme du sang vicié, il faudrait pouvoir soustraire tout ce sang sans détruire la vie. Aussi répondrai-je : non, ce n'est pas pour enlever plus ou moins du sang vicié; c'est pour produire un immense ébranlement de l'organisme et espérant faire ainsi avorter dans certains cas des atteintes graves par une pareille manière d'agir. C'est en vue de cette action abortive que je préfère la saignée aux sangsues, que je limite l'opportunité de cette saignée au début même de la maladie et, par conséquent, que je demande que cette saignée soit aussi large, aussi abondante que rapide, tandis qu'elle ne doit pas être répétée dans l'immense majorité des cas.

Mais je ne dois pas manquer de rappeler qu'il n'y a pas de

méthode absolue, de règle immuable dans la fièvre jaune, de sorte que si, en principe, je suis pour une abondante saignée faite absolument dans les premières heures, j'estime que, suivant les moments, les constitutions médicales, les individus, une des autres combinaisons peut être préférable.

Quoi qu'il en soit, et répétons-le encore pour le bien faire comprendre, il ne faut pas le perdre un instant de vue, la saignée n'a pour but que d'amener la détente, détente durable si la maladie est pour ainsi dire jugulée et avortée, détente passagère si elle résiste à la thérapeutique qui lui est opposée; et dans tous les cas, cette détente est l'objectif que le médecin a en vue et qu'il doit chercher à obtenir par tous les moyens possibles.

Dès que j'aurais obtenu une détente par la saignée, je recourrais au purgatif à l'huile de ricin avec les accessoires indiqués précédemment : bains, lotions, applications froides, digitale, etc., etc.

Je pense, après bien d'autres, que la sécrétion urinaire doit être surveillée de très-près dans la fièvre jaune; dès la première période, il faut, sous le prétexte d'examiner les urines chimiquement, faire placer plusieurs verres à expérience à portée du malade et prescrire de faire conserver le produit de toutes les urinations. On se rend ainsi bien compte de l'état de cette fonction et si on voit que la quantité de liquide excrémentiel est minime, on cherche par les grands bains, les boissons, à introduire de l'eau dans le sang, tandis que par les frictions, ventouses sèches, synapismes, cataplames chauds sur les lombes, on essaie de rétablir le cours des urines dans les proportions convenables; et ici comme partout, il faut songer que l'état s'améliore d'autant plus qu'on se rapproche davantage des chiffres physiologiques et *vice versa*.

DEUXIÈME CAS. — *Individus chez lesquels les phénomènes réactionnels du début sont modérés sans paraître insidieux.*

Jusqu'à plus ample expérience, il me semble que le traitement dont j'ai parlé tantôt au sujet de la fièvre inflammatoire, c'est-à-dire le purgatif à l'huile de ricin, serait de mise. Ici les sangsues aux mastoïdes employées comme il a été dit précédemment, sans insister longuement sur leur emploi.

TROISIÈME CAS. — *Individus dont les phénomènes du début sont insidieux et de mauvais aloi.*

Le cas est des plus graves et des plus fâcheux, il me paraît éloigner toute idée des émissions sanguines, et c'est encore au traitement par le purgatif, les bains frais, etc., etc., que je voudrais recourir; insistant très-peu sur le purgatif pour n'employer que les autres moyens très-secondaires et très-aléatoires, mais les seuls rationnels, il me semble, dans cette triste situation.

Résumé du traitement de la première période.

Pour nous résumer, car nous ne craignons pas de revenir encore sur ce qu'il faut faire au risque d'être accusé de nous répéter, tant le danger étant grand, les explications compendieuses me semblent favorables; pour nous résumer donc, je dirai : Dans la première période, si le sujet est vigoureux, pléthorique et qu'on soit aux premières heures de l'invasion, saignée en relation pour l'abondance avec la force de l'individu; si le sujet est moins fort et que la congestion encéphalique soit accentuée, sangsues aux mastoïdes; si le sujet est plus faible ou les phénomènes du début insidieux, proscription absolue des émissions sanguines.

Dans tous les cas, aussitôt après la saignée donner un purgatif à l'huile de ricin d'abord et de préférence, au citrate de magnésie ensuite. Puis : bains, lotions et applications fraîches sur le corps et la tête, lavements frais ou purgatifs souvent renouvelés, potion digitalée, synapismes aux membres inférieurs et aux lombes, frictions sèches ou aromatiques, boissons fraîches ou chaudes. Tout cela doit être continué pendant la première période et jusqu'à la rémission, en insistant plus ou moins, suivant que la fièvre est forte ou qu'elle diminue. A mesure que la détente paraît devoir arriver, la première chose que l'on cesse est les purgatifs par la bouche, puis les lavements purgatifs, la potion digitalée.

Il est facile de se rendre compte du but que l'on veut atteindre par une telle médication; et en effet, on cherche à tenir le ventre très-lâche, à diminuer la céphalalgie et les diverses douleurs, cherchant à combattre les localisations congestives; on fait tout pour éviter les vomissements; enfin, on essaie de modérer le

plus possible la température et le pouls pour les ramener aux environs des chiffres physiologiques dans le plus bref délai.

On voit que je n'ai pas dit un mot de la quinine; c'est qu'en effet, à moins que le sujet ne fût manifestement impaludé, je n'y songerais et même je dois dire que je ne voudrais y recourir que sous la menace d'un accès pernicieux imminent. Car j'estime que, dans le cas présent, la quinine est un médicament toujours très-dangereux, le plus souvent même pernicieux.

Traitement du moment de la rémission.

Dans les atteintes légères, le moment de la rémission est aussi celui qui précède de peu de temps la convalescence, et il ne réclame, à proprement parler, aucune médication; le malade accuse un mieux être sensible sous tous les rapports; il ne reste, pour ainsi dire, qu'à éviter de donner trop vite et en trop grande quantité des aliments, de peur de provoquer une révolte du tube digestif qui serait aussitôt accompagnée d'une recrudescence d'état fébrile ou des complications qui surviennent dans les cas d'atteintes plus intenses. Quelques légers potages accompagnés d'un peu de vin, l'usage d'une limonade citrique, l'emploi de très-légers minoratifs, tels qu'un peu de citrate de magnésie, 15 à 18 grammes, ou bien de grands lavements émollients ou légèrement salins pour favoriser la liberté du ventre, qui est une condition nécessaire pour que la convalescence marche régulièrement et le plus vite possible. Voilà en peu de mots la seule thérapeutique de la période de rémission.

Mais il faut convenir, hélas! que trop souvent l'atteinte est assez grave pour que la rémission ne soit pas suivie aussi simplement de la convalescence; et, en effet, dès que l'on a affaire à un degré plus sévère que le plus léger, la situation n'est ni aussi favorable ni aussi simple. Tout d'abord, il faut faire remarquer au lecteur que, dans les cas intenses, la rémission n'est pas aussi complète et aussi franche que son nom semble l'indiquer. On se tromperait étrangement si on croyait que, dans ces cas intenses, le malade a semblé être un moment dans l'état physiologique. On a pu le penser et le dire à une époque où l'investigation clinique n'avait pas la précision qu'elle a aujourd'hui. Depuis que le thermomètre est entré dans la pratique courante, on a pu démontrer et bien faire observer que, dans les cas intenses cette rémission est plus apparente que réelle. En effet, si le malade qui ne ressent plus les douleurs si pénibles

de tête et des reins qu'il avait au début croit éprouver un bien-être des plus satisfaisants, s'il se réjouit sans crainte de voir la tendance au vomissement qu'il avait primitivement, très-amoindrie, le médecin qui constate que le thermomètre marque entre 38° et 39° sous l'aisselle; que le pouls, en perdant de sa rapidité, ne prend pas cette ampleur de bon augure qui signale la rémission franche et voisine de la convalescence; que des éructations ou des sortes de haut-le-corps, véritables mouvements spasmodiques du diaphragme se montrent de loin en loin comme pour indiquer que les centres nerveux de la vie organique ont subi une atteinte profonde; le médecin, dis-je, ne saurait partager la quiétude du malade ou des gens du vulgaire qui l'entourent.

Il est des cas assez insidieux, je crois, pour que la rémission ait paru assez franche à tout le monde pour abuser les médecins les plus expérimentés; mais c'est l'extrême exception. Le plus souvent, l'homme de l'art qui a une certaine habitude de la maladie, ne se laisse pas tromper par le calme apparent de la rémission dont nous parlons, et il démêle, soit par la persistance d'une température élevée, soit par l'état du pouls, soit par les mouvements spasmodiques du diaphragme, soit enfin par la coloration des conjonctives ou du fond de la peau à la face et au cou, la rémission heureuse et franche de celle qui n'est qu'une courte transition entre deux périodes également graves et dangereuses pour la vie du patient.

Lorsque la rémission n'est pas franche, c'est-à-dire lorsque la température reste élevée, il faut continuer à employer les moyens capables de faire rentrer la température dans les proportions normales; mais, comme la seconde période va se présenter accompagnée de diverses complications et d'accidents nombreux, on comprend que le médecin doit éviter d'employer ceux des moyens anti-thermiques qui pourraient ouvrir la porte ou favoriser l'apparition des symptômes graves contre lesquels il va être si difficile de lutter avec quelque avantage.

C'est pour cela que les émissions sanguines, au cas même où elles auraient été employées au début, sont absolument contre-indiquées; elles favoriseraient, en effet, cette adynamie, disons plus, cette sidération des forces de l'individu que l'on a observées si fréquemment et contre laquelle il n'y a rien à faire, rien à espérer.

D'autre part, on peut compter que les vomissements, s'ils se sont arrêtés, vont bientôt reparaître, marchant avec une déses-

pérante ténacité vers le vomito-négro; de sorte qu'il est absolument nécessaire de ne pas irriter le tube digestif; et, pour cette raison, les purgatifs sont proscrits de leur côté. Tandis que les anti-thermiques, comme la quinine, ne sont pas davantage de mise.

Il ne reste plus, on le voit, que des moyens bien secondaires et bien impuissants : quelques affusions fraîches, quelques bains demi-tièdes, quelques légers révulsifs. On se trouve en effet dans de tristes conditions : d'un côté il y a nécessité d'abaisser la température sous peine de voir la maladie marcher très-vite vers une terminaison funeste ; d'un autre côté il y a indication formelle de tonifier puissamment le sujet; sous très-peu de temps c'est l'adynamie la plus grave qui va constituer le phénomène saillant par excellence, et en revanche on ne peut agir sur le tube digestif, car tout ce qu'on fera, même l'ingestion d'un peu de liquide seulement, semble favoriser la tendance au vomissement, qui est un des écueils les plus grands de la seconde période.

Donc quelques moyens très-secondaires sont désormais les seules armes du médecin, qui cherche à diminuer la chaleur fébrile par quelques ablutions, quelques lotions fraîches, qui s'évertue à introduire un peu de bouillon, un peu de lait, un peu d'alcool dans l'estomac, en prenant grand soin pour éviter, si c'est possible, la révolte de l'organe, c'est-à-dire en tâchant de le rendre tolérant par quelques fragments de glace, des boissons à basse température prises en très-petite quantité à la fois, quelques révulsifs épigastriques. On voit par cette énumération combien sont précaires nos moyens; aussi trop souvent la maladie triomphe de toute thérapeutique.

Traitement de la seconde période.

La transition entre la première et la seconde période dure peu de temps d'une manière absolue; dans les cas graves, on voit poindre, pour ainsi dire, les accidents dès que les phénomènes morbides perdent de leur acuité inflammatoire. Au premier moment, dans les cas légers, c'est au contraire la convalescence qui se manifeste; de sorte qu'à proprement parler, cette transition n'est que le début de cette seconde période. Tout dabord, nous ne saurions trop faire observer, après le professeur Jaccoud, que l'élément de fièvre ne saurait être méconnu dans la phase de la maladie qui nous occupe, il suffit

de jeter les yeux sur les tableaux de température que nous avons fournis précédemment, pour constater que lorsque la chaleur descend aux environs du chiffre normal, l'atteinte est peu sévère et que ce qu'on a appelé la défervescence franche est l'apanage des cas légers.

Par conséquent, une des plus pressantes indications est de aire baisser la température le plus vite possible et de la maintenir dans les chiffres normaux autant que l'on pourra. Mais quels moyens possédons-nous? Nous avons vu pendant le court moment de la rémission que l'estomac a déjà une susceptibilité des plus fâcheuses, *a fortiori* dans la période actuelle, cette intolérance gastrique est le plus terrible écueil contre lequel vont se briser trop souvent et les efforts de la thérapeutique et la vie du malade.

D'autre part les phénomènes de l'altération profonde du sang et les désordres nerveux qui en sont la conséquence doivent préoccuper le médecin. Mais pour eux comme pour le reste quels moyens mettre en œuvre? Il ne reste plus à faire qu'une médecine des symptômes, et en signalant l'importance qu'il y aurait à abaisser le plus possible la température du malade, nous avons dit tout ce qu'on pouvait dire, je crois, de général. Il est inutile de refaire ici la longue énumération des moyens thérapeutiques que nous avous présentée précédemment.

Nous nous arrêterons donc, laissant échapper, comme tous nos prédécesseurs, un soupir de tristesse; car il faut bien l'avouer, la thérapeutique est presque impuissante quand le malade est arrivé à la seconde période dans les cas intenses et la guérison dépend plutôt de certaines conditions étrangères à nos efforts qu'à toute autre cause.

Est-ce une raison pour se décourager et ne rien faire désormais contre les accidents de cette seconde période dans les cas graves? Non, ce serait une capitulation inutile et fâcheuse de la part du médecin, il faut lutter sans illusions, mais aussi sans défaillances jusqu'au dernier moment, en faisant la médecine des symptômes faute de mieux. On a vu quelquefois des guérisons inespérées qui semblaient couronner les efforts dévoués et persistants.

CHAPITRE X

PROPHYLAXIE.

—

Nous avons dit, en commençant le chapitre du traitement, que nous étions arrivé à la partie la plus importante du livre, au moins pour ce qui regarde la pratique; nous n'avons qu'à répéter ici cette affirmation, car, plus peut-être que le traitement, la prophylaxie a un grand intérêt pour l'autorité comme pour le médecin. En effet, si le traitement cherche à défendre pied à pied la vie d'un individu contre les atteintes de la maladie, la prophylaxie fait la même chose pour des populations entières; par conséquent, ses succès comme ses revers touchant à des chiffres plus grands, ont un enjeu infiniment plus considérable.

Nous ne nous dissimulons pas que le chapitre est difficile à écrire. Il faut, d'une part, rechercher ce qui a été tenté par nos prédécesseurs pour faire profit des expériences faites avant nous, mais là est un premier écueil et, en effet, un esprit inquiet pourra voir dans notre exposition le désir de jeter le blâme sur une mesure prise sur un de ceux qui avaient la responsabilité à un moment donné. D'autre part, il faut proposer diverses mesures que nous croyons capables de lutter efficacement contre le fléau; et, ici encore, la critique malveillante aurait une excuse pour nous montrer comme un dépréciateur des choses et des dispositions actuelles.

Faut-il, pour éviter ces chances désagréables, ne pas entreprendre l'étude qui s'impose actuellement à nous? Non; nous croyons que ce serait manquer à cette sorte d'engagement moral de traiter la question entièrement, que prend tout auteur en écrivant un livre. Aussi, toute réflexion faite, et après avoir spécifié avec soin que nous n'avons ici aucun désir

de faire le procès d'aucun individu, d'aucune mesure adoptée, que nous n'avons absolument en vue que d'apporter le concours de notre expérience dans la question, et que nous n'envisageons exclusivement que le côté scientifique de la question, nous n'hésiterons pas à entreprendre la tâche de présenter tout ce qui doit ou peut être fait pour prémunir les habitants de la Martinique des assauts épidémiques de la fièvre jaune.

Le chapitre de la prophylaxie se divise tout naturellement en deux grandes catégories : *A.* Mesures générales à prendre dès le début avant qu'il soit question de l'apparition de la fièvre jaune dans un pays voisin, mesures fondamentales de précaution, si je puis m'exprimer ainsi. *B.* Dispositions spéciales à prendre en présence d'une épidémie qui menace ou qui frappe la colonie.

Chacune de ces deux catégories comporte nombre de subdivisions à son tour; nous allons en entreprendre l'étude.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Celles-ci comprennent diverses particularités et notamment : l'organisation du service sanitaire chargé de protéger la colonie contre les invasions étrangères de la maladie. La disposition des locaux que doivent habiter les individus sains ou malades dans l'éventualité d'une explosion épidémique dans le pays.

A. — *Organisation du service sanitaire.*

L'organisation du service sanitaire comprend naturellement plusieurs paragraphes, et en effet :

1° Il faut faire un historique des mesures sanitaires prises avant nous dans la colonie, pour avoir tout d'abord une idée des moyens employés, des expériences faites, des résultats obtenus.

2° Nous devons spécifier comment le service sanitaire doit être réglementé pour fonctionner avec efficacité.

HISTORIQUE DES MESURES SANITAIRES PRISES DANS LA COLONIE.

La première mesure sanitaire appliquée à la Martinique est, si nous ne nous trompons pas, l'application de l'ordonnance royale de 1708 qui réglait les dispositions que la colonie comme la France devaient prendre pour se garantir de la fièvre jaune alors appelée généralement mal de Siam. Nous n'avons pu retrouver le texte de cette ordonnance qui n'aurait probable-

ment qu'un intérêt de curiosité dans le cas où nous nous sommes placé, car les mesures sanitaires n'étaient à cette époque fixées que sur des données trop vagues encore pour présenter une sorte de corps de doctrine capable de produire les bons résultats qu'on est en droit de leur demander.

Cette ordonnance royale de 1708 fut abrogée en 1735 parce que son utilité n'avait pas été bien patente, tandis que les entraves qu'elle apportait au commerce avaient provoqué fréquemment de vives réclamations; et jusqu'au 15 septembre 1832 nous ne trouvons plus dans l'histoire du pays une décision bien déterminée, précise pour chercher à prémunir d'une manière générale contre l'invasion du mal de Siam. Il est vrai de dire qu'à l'époque dont nous parlons on n'était pas bien certain que la fièvre jaune fût apportée à la Martinique par les navires venant des grandes Antilles et de la terre ferme. Bon nombre de gens, la notoriété publique même on peut l'avouer, croyaient la maladie endémique dans toutes les contrées de l'Amérique tropicale, de sorte qu'il était très-naturel qu'on ne songeât pas qu'il fût possible de s'en garantir par des moyens sanitaires.

A certains moments cependant, on avait cherché à isoler les navires qui arrivaient de la mer avec la fièvre jaune dans le courant du siècle dernier et au commencement de celui-ci; mais nous ne pouvons trouver dans l'étude des mesures prises chaque fois pour un seul navire et en vue d'un fait déterminé, une idée générale touchant la préservation de la colonie par un ensemble de mesures combinées et convergentes, cherchant à atteindre le but par une voie clairement définie.

C'est le choléra de 1832 qui a fait prendre à la Martinique le premier arrêté sanitaire venu à notre connaissance dans son ensemble et dans ses détails. On se souvient qu'après avoir sévi en Europe il fit irruption dans l'Amérique du Nord; un juste effroi s'empara si universellement de la population alors, qu'on décida d'employer dans le pays qui nous occupe ce que l'on avait mis en pratique dans d'autres pays, pour opposer une barrière au fléau.

Voici l'esprit de cet arrêté de 1832 : Des commissions sanitaires sont créées dans le chef-lieu et les trois autres ports importants de la colonie (Saint-Pierre, Trinité, Marin), pour surveiller les arrivages du dehors et discuter de l'opportunité de leur admission en libre pratique ou de l'application de la quarantaine. La commission du chef-lieu qui a la haute main sur les autres et centralise tout le service sanitaire de l'île est

présidée par le médecin en chef de la colonie. Ces commissions désignent un médecin, qui, étant prévenu en temps opportun, va arraisonner tout navire venant du dehors avant que ce navire ait communiqué avec le pays. Cet officier de santé rend compte de son arraisonnement à la commission qui prononce l'admission en libre pratique ou telle mesure quarantenaire qui lui paraît opportune (quarantaine d'observation ou de rigueur).

Comme l'indique le texte même de cet arrêté, les mesures sanitaires visaient seulement le choléra épidémique ; mais néanmoins nous voyons poindre, dès cette époque, un principe qui allait prendre racine à la Martinique comme dans la métropole d'où la colonie tirait ses aspirations : à savoir que le premier pas dans la question de la préservation d'un pays contre les maladies apportées du dehors est la création d'une commission sanitaire. Les commissions sanitaires de la Martinique ont été dès l'origine, et toujours depuis, l'image des intendances sanitaires de la mère-patrie, c'est-à-dire une collection de fonctionnaires et de citoyens désignés par leur position ou par l'élection dans le but de veiller incessamment à ce que les navires venus du dehors n'apportassent point dans la localité le germe d'une maladie contagieuse. Elles étaient assurément un sérieux progrès, en même temps qu'un premier linéament de ce réseau sanitaire qui doit, pour être efficace, entourer, comme le système douanier, le pays qu'il veut protéger, d'un cordon continu.

A ce titre, ces commissions méritent l'expression d'un sentiment de respectueuse reconnaissance de la part de ceux qui en parlent aujourd'hui, comme de ceux qu'elles ont protégé pendant de longues années. Et si, à une époque plus rapprochée de nous, on est arrivé à reconnaître que le service sanitaire a besoin, pour donner tous les bons résultats qu'on attend de lui, d'avoir son pouvoir exécutif placé dans les mains d'un homme qui le centralise et le dirige personnellement, pour la raison qu'un seul prend plus rapidement et d'une manière plus précise certaines déterminations nécessaires souvent sur le moment même; il n'en est pas moins vrai que la justice nous oblige de reconnaître que les commissions sanitaires ont été une arme utile pendant une longue période d'années.

Dans ces diverses commissions, les médecins et pharmaciens entraient naturellement pour la plus grande part possible. C'est ainsi qu'à Fort-de-France et à Saint-Pierre, nous voyons quatre officiers de santé sur dix membres. Remarquons aussi que le

médecin du roi, c'est-à-dire le chef du service de santé de la colonie, avait la présidence, parce que l'autorité reconnaissait implicitement que le chef du service sanitaire ne peut être qu'un médecin, et que le médecin désigné naturellement dans une colonie émanant de la métropole, ne peut être que celui même que le gouvernement a investi de la fonction supérieure dans la hiérarchie.

En résumé, nous voyons le fonctionnement suivant se faire dans la pratique en exécution de l'ordonnance du 15 septembre 1832 : *A*. Le médecin arraisonneur reconnaît la provenance du navire et lui interdit jusqu'à nouvel ordre toute communication avec la colonie. Il en informe *B* la commission qui décide et fait savoir *C* ses conclusions à l'ordonnateur, qui ordonne *D* au capitaine de port de prendre telle ou telle disposition vis-à-vis du navire.

Il y avait là un vice pour la prompte exécution des mesures sanitaires, c'était la perte de temps nécessitée par la présentation des conclusions de la commission au chef du service administratif, lesquelles n'avaient force d'application que sur la décision de ce fonctionnaire. Une amélioration désirable était assurément celle qui fut décidée ultérieurement, à savoir que le président de la commission sanitaire informait directement et d'abord le capitaine du port sous sa responsabilité, de telle sorte que les conclusions de la commission furent dès lors mises aussitôt en pratique et sans perte de temps, bien qu'à titre provisoire. Dans l'arrêté précité, nous trouvons déjà le principe des deux sortes de quarantaine : *A*. Celle d'observation ; *B*. Celle de rigueur, et nous voyons que, dès le premier moment, cette dernière ne parut devoir être subie qu'au chef-lieu.

Je dirai, à maintes reprises dans le courant de cette étude, que le chef du service de santé de la colonie fut, dès le premier jour, l'âme et la cheville ouvrière du service sanitaire. Cette affirmation pourrait paraître inexacte à ceux qui n'ont pas l'expérience de la chose, de sorte que j'ai besoin de m'arrêter un instant sur cette question, pour éviter tout malentendu et prévenir toute controverse inutile.

Le règlement de 1832 s'inspirant, comme je l'ai dit, des idées qui régnaient en France en ce moment, constitua à la Martinique une commission sanitaire analogue, quant à la composition, aux intendances sanitaires. Mais, remarquons-le, tandis que la lettre du règlement n'indiquait jamais que l'autorité de la commission, la pratique établissait d'une manière absolue

que le médecin du roi à Fort-de-France, son second à Saint-Pierre, s'occupaient de tout ce qui touche le service, et depuis le premier jour jusqu'à l'époque actuelle, c'est toujours ainsi que les choses se sont passées. Bien plus, comme dans la commission de Saint-Pierre, le médecin est le seul compétent en la matière, quelle que soit la lettre du règlement, et que ce médecin est le subordonné de celui qui est à Fort-de-France, c'est à son chef qu'il s'adressait toutes les fois qu'il était préoccupé ou embarrassé, de sorte qu'il est bien positif, on le voit, que, malgré telle disposition réglementaire qui puisse être édictée, c'est le chef du service de santé de la colonie qui a été, est et sera chargé de la direction et réglementation du service sanitaire.

La première réglementation de 1832 ne contenait encore aucune disposition touchant les épurations sanitaires. Nous étions dans l'enfance de la mesure, et on croyait ici comme ailleurs que, dans la quarantaine, la question de temps était tout ou à peu près tout ce dont on devait se préoccuper. En outre, comme on ne craignait alors que le choléra, et que ce choléra ne pouvait être apporté que par de grands navires, on ne soumettait à aucune mesure de précaution les caboteurs venant des îles voisines, qui arrivent sur rade à Saint-Pierre où à Fort-de-France sans avoir besoin d'un pilote.

Ce premier arrêté fut en vigueur pendant tout le temps que dura l'appréhension du choléra épidémique; mais il resta, peu après sa promulgation seulement, comme un instrument dont on pouvait user pour tranquilliser l'esprit des populations dans les questions de salubrité et de sécurité publique. D'ailleurs il était si imparfait d'une part, et d'autre part, arraché qu'il fut à l'autorité ainsi qu'aux médecins par la pression de l'opinion publique, il était mis en exécution ici comme partout par des gens qui affichaient si hautement leur pensée sur la non-contagion des maladies, c'est-à-dire qui croyaient à la parfaite inutilité de cet arrêté, qu'il n'a pas rendu de grands services. On peut dire qu'il est toujours resté ou à peu près une lettre morte et sans sérieuse application.

La preuve que nous en pouvons donner est que le commerce de Saint-Pierre, se plaignant de ce que l'arrêté précité occasionnait une perte de temps aux navires par suite du double mouillage auquel on les obligeait, un arrêté du 15 janvier 1833 autorisa les pilotes à accorder la libre pratique aux bâtiments qui se trouveraient dans les conditions indiquées par l'article on-

zième, et bientôt aucun d'eux ne se trouva plus dans la pratique dans d'autres conditions.

En 1838, la fièvre jaune commençant à sévir dans les petites Antiles anglaises, on songea de nouveau aux mesures quarantenaires, et, quand la Guadeloupe fut atteinte à son tour, le gouvernement de la Martinique intervint. Ce fait que les pilotes ne pouvaient vérifier l'état de santé que sur les grands voiliers où ils étaient appelés frappa ceux qui s'occupaient de la question, car, avec l'arrêté de 1832, les caboteurs qui étaient précisément ceux qu'on voulait surveiller restaient en dehors des investigations sanitaires. Aussi fallait-il prendre d'autres mesures, et c'est ce que visa l'arrêté du 1er septembre 1838 que voici ci-après :

Fort-Royal, le 1er septempbre 1838. — Nous, Gouverneur de la Martinique, vu les arrêtés des 15 septembre 1832, 15 janvier et 18 mars 1833;

Considérant que l'arrêté de 1832 sur la police sanitaire dans les ports et rades de la colonie, ayant eu spécialement en vue les cas extraordinaires d'épidémie, a été modifié, pour ne pas entraver le commerce, par l'arrêté du 15 janvier 1833; Que l'article 1er de cet arrêté modificatif qui charge les pilotes de faire raisonner les bâtiments et de les admettre, s'il y a lieu, à la libre pratique, ne peut recevoir d'exécution pour les simples caboteurs qui n'ont aucune relation avec le pilote, et qu'ainsi il existe, à cet égard, une lacune dont le service public, en temps ordinaire, pourrait avoir à souffrir; Afin d'établir sur cette matière une règle fixe qui prévienne toute incertitude et présente les garanties d'ordre et de précautions nécessaires; Sur le rapport de l'Ordonnateur; Avons arrêté et arrêtons ce qui suit :

Art. 1er. — Lorsqu'il y aura lieu, un arrêté spécial du Gouverneur déclarera obligatoires toutes les formalités prescrites par l'arrêté du 15 septembre 1832. Dans les circonstances ordinaires, et en l'absence dudit arrêté spécial, on se conformera à ce qui va être prescrit ci-après.

Art. 2. — Les commissions sanitaires instituées par l'arrêté du 15 septembre 1832 doivent être constamment maintenues au complet et en exercice régulier des fonctions qui lui sont attribuées par ledit arrêté.

Art. 3. — Dans chaque port de la colonie, un local, aussi rapproché de la mer que faire se pourra, sera prêté par la douane ou par l'un des membres de la commission sanitaire pour lui servir de centre de réunion ou bureau. Un membre de cette commission, à tour de rôle, et un officier de santé, seront de service chaque semaine. Ils se présenteront au bureau de la santé au moins deux fois par jour, à des heures fixes, pour l'expédition des affaires et des bâtiments.

Art. 4. — Aucun bâtiment du commerce ou bateau caboteur, venant du dehors, ne communiquera avec la terre, ni avec les autres bâtiments ou embarcations quelconques de la rade, et ne sera admis à la libre pratique

avant d'y avoir été autorisé, soit par le pilote du Roi, lorsqu'il s'agit d'un grand navire, soit par le chef du bateau visiteur de la douane, lorsqu'il est question d'un simple caboteur ou autre bâtiment ne prenant point de pilote. Les bâtiments de guerre, venant du dehors, ne recevront l'entrée que de la commission sanitaire ; jusque-là ils devront s'abstenir de toute communication, ainsi qu'il vient d'être dit pour les bâtiments du commerce.

Art. 5. — L'admission et la libre pratique ne peut être accordée, en vertu de l'article précédent, que lorsque les capitaines affirment, sous la foi du serment, et à leurs risques et périls, en cas de déclaration fausse ou ncomplète :

1° Qu'ils sont porteurs d'une patente de santé nette ; 2° qu'ils n'ont perdu personne dans la traversée ; 3° qu'ils n'ont point de malades, et que leurs équipages jouissent d'une bonne santé ; 4° qu'ils ne viennent point d'une contrée où règne actuellement une épidémie ; 5° enfin qu'ils n'ont communiqué, depuis leur départ, avec aucun bâtiment suspect.

Art. 6. — Si la libre pratique est donnée immédiatement, les patentes de santé sont retirées aux capitaines par le pilote du Roi ou par l'agent de la douane, pour être remises, sans délai, au bureau de la commission sanitaire qui les rendra aux bâtiments lors de leur départ.

Art. 7. — Si le bâtiment ou caboteur ne peut donner d'une manière satisfaisante les justifications prévues à l'article 5, il recevra l'injonction de s'abstenir de toute communication avec la terre et avec les bâtiments ou embarcations quelconques de la rade, jusqu'à ce que l'entrée lui ait été donnée officiellement par la commission sanitaire, laquelle, après avoir été avertie à son bureau par le pilote du Roi ou par un préposé de la douane, enverra, pour faire raisonner le navire ou le caboteur suspect, l'officier de santé de semaine, et délibérera sur son rapport pour donner l'entrée ou fixer la quarantaine.

Art. 8. — Lorsqu'un bâtiment quelconque ou un caboteur devra être soumis à une quarantaine, on se conformera à ce qui est prescrit aux articles 12 et suivants de l'arrêté précité du 15 septembre 1832.

Art. 9. — Suivant l'état de la santé publique au dehors, l'autorité locale, sur la proposition de la commission centrale, indiquera, s'il y a lieu, les pays dont les bâtiments ou provenances ne pourront être admis à la libre pratique par le pilote ou par le préposé de la douane, mais seulement par la commission sanitaire.

Art. 10. — Toute contravention de la part des capitaines, patrons ou autres personnes qui se trouvent sur les bâtiments ou bateaux caboteurs venant du dehors, sera poursuivie et punie d'une peine de dix à quinze jours d'emprisonnement et de soixante-un à cent francs d'amende, portée par l'article 484 du code pénal colonial.

Le présent article sera exécutoire à compter du 15 de ce mois.

Les pilotes et les préposés de la douane sont chargés de donner connaissance du présent arrêté aux bâtiments ou bateaux qui arriveront sur les rades de la colonie.

Art. 11. — Le présent arrêté sera publié, à trois reprises et à une se-

maine d'intervalle, dans les deux journaux de la colonie. Il en sera tiré, à part, une centaine d'exemplaires, ainsi que de l'arrêté du 15 septembre 1832, pour être distribués aux autorités de l'île et aux commissions sanitaires, dans le but de faciliter leur service.

Art. 12. — L'arrêté du 15 janvier 1833 est et demeure rapporté.

Art. 13. — L'Ordonnateur, le Directeur de l'administration intérieure et le procureur général sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au *Bulletin officiel,* enregistré et affiché partout où besoin sera.

Fait à l'hôtel du Gouvernement, à Fort-Royal (Martinique), le 1er septembre 1838. Le contre-amiral, signé : *de Moges.* Pour le Gouverneur. Le Commissaire ordonnateur, signé : *Jourand.*

Cet arrêté, cherchant dans les environs de la mer un local de la douane pour les réunions sanitaires, équivalait à la mise en permanence de la commission, d'autant plus qu'il dit que cette commission sera toujours tenue au complet et en exercice. Il s'inspirait, cette fois encore comme toujours, de ce qui se faisait dans la métropole avec les intendances sanitaires, pour établir un membre de semaine, qui avec un médecin, était chargé de l'expédition des affaires courantes. Il assujettissait tout navire, grand ou petit, caboteur, long courrier, navire de guerre, à l'arraisonnement du préposé de la douane pour les premiers, du pilote pour les seconds, de la commission sanitaire pour les derniers. Mais, pour la pratique de la quarantaine, il renvoyait au premier arrêté de 1832, de sorte que si l'araisonnement des navires était régularisé, on peut dire que les mesures d'épuration quarantenaire n'avaient pas encore paru utiles, ce qui devait rendre les quarantaines peu efficaces et même illusoires. Il ne faut pas oublier de dire qu'on était toujours sous l'empire de cette idée que les maladies n'étaient pas contagieuses, de sorte que, d'une part, les mesures sanitaires n'avaient pas grande efficacité, d'autre part, elles étaient considérées comme seulement gênantes, sinon comme vexatoires par les intéressés.

L'introduction de la fièvre jaune dans la colonie ne fut pas arrêtée un seul instant à cette époque, car, dans le courant de septembre 1838, il y eut 27 atteintes de la maladie à l'hôpital de Saint-Pierre, et la fièvre jaune, commençant à cette époque, dura jusqu'en 1844. Mais peut-être ce résultat fâcheux doit être attribué plus à l'inobservance complète de ce règlement qui ne fut établi, on peut le dire, que pour la forme, et qui a attendu jusqu'en 1858 (moment où les idées sur la contagion ont changé

de direction) pour être mis en pratique d'une manière sérieuse qu'à l'inefficacité même de ses prescriptions.

En 1849, le choléra reparaissant en Europe et en Amérique, on voulut de nouveau essayer de s'en prémunir par une surveillance de l'état sanitaire des navires venant du dehors, et un arrêté fut publié le 29 avril pour régler la manière de procéder. Cet arrêté ne fit en somme que reconstituer les commissions sanitaires, et nous y voyons le nombre des médecins être élevé autant que possible, puisque le conseil de santé en entier de Fort-de-France et celui de Saint-Pierre en faisaient partie, et que, de plus, dans toutes les localités de Fort-de-France, Saint-Pierre, la Trinité et le François, un ou deux médecins civils entraient dans la composition de la commission. Le marin n'était plus cette fois considéré comme suffisamment important pour avoir une commission sanitaire distincte. Remarquons que cette nouvelle constitution des commissions sanitaires donnait à Saint-Pierre la présidence au médecin de la marine, et c'est qu'en effet il est aussi naturel de voir les réunions, qui s'occupent d'hygiène et d'épidémologie, être présidées par des médecins, qu'il serait absurde de leur faire présider un conseil d'artillere de marine ou d'infanterie. L'interprète du gouvernement fait partie de la commission, avec voix consultative, dans cet arrêté, mais c'est là un détail qui ne mérite pas de nous arrêter.

Heureusement, le choléra s'éteignit cette fois sans avoir sérieusement menacé le pays, car les idées n'ayant pas changé encore sur la question de la transmission des maladies, il est probable que le règlement sanitaire, en vigueur sur le papier, mais inobservé dans la pratique, n'eût pas été capable, le cas échéant, de lui opposer une barrière bien difficilement franchissable.

En 1850, la fièvre jaune sévit de nouveau sur les Antilles; elle arriva à la Martinique en septembre 1851, après avoir menacé la colonie pendant dix-huit mois, et elle dura jusqu'au mois d'août 1853, sans qu'on fît rien de bien efficace pour la prophylaxie de l'épidémie. On commençait bien à isoler les navires contaminés, mais la mesure était employée avec maintes restrictions, et avec un tel oubli de ce que nous considérons aujourd'hui comme indispensable pour prévenir la contagion, que nous comprenons parfaitement que cette mesure fut inefficace. Il n'est pas étonnant que les précautions sanitaires n'aient paru utiles en rien contre la maladie à ce moment.

Déjà cependant la doctrine de la transmission de la maladie avait quelques timides adhérents; on n'osait pas se prononcer tout haut en faveur des quarantaines, mais on revenait à penser que les attaques passionnées dont elles avaient été l'objet, avaient fait plus de mal que plusieurs épidémies, puisqu'elles avaient perpétué, fait propager des poussées morbides qu'on eût assurément vues s'éteindre en peu de temps, même par les mesures quarantenaires et sanitaires imparfaites dont on avait fait usage quelquefois.

La réaction commençait à poindre; elle allait bientôt être assez bien dessinée pour changer le cours des errements en vigueur jusque-là. La commission internationale convoquée sous l'initiative de la France s'occupait en Europe d'une convention sanitaire qui allait aboutir à une organisation entière du service de protection des pays contre les épidémies.

La Martinique pouvait espérer qu'elle ne serait pas laissée à découvert alors que chaque pays cherchait à se garantir. Cependant elle n'eut pas à cette occasion un nouveau règlement sanitaire local. Nombre d'efforts furent faits, il faut le reconnaître, dans ce but d'édification d'un règlement local, mais jusqu'en 1877 ils n'aboutirent à aucune édification bien claire et bien précise; car si diverses mesures partielles furent édictées et mises en pratique à diverses reprises, on peut dire que jusqu'en 1877, c'est le seul zèle des agents sanitaires qui a suppléé aux imperfections des règlements dans la pratique. Cette situation était pleine de dangers pour tout le monde, et périlleuse surtout pour la colonie qui manquait en ce moment d'un règlement mis en harmonie avec les besoins créés par les nouvelles relations extérieures. Donc, pendant longtemps, ce furent les agents sanitaires, et surtout le médecin en chef de la colonie, dont la responsabilité était à découvert chaque jour par le fait de l'organisation imparfaite et surannée du système sanitaire qui veillèrent, avec leur seule initiative, pour préserver le pays des maladies épidémiques.

L'importation de la fièvre jaune par la corvette *la Recherche*, venant de Cayenne à Fort-de-France et par le navire *la Pauline*, arrivant de la Guyane à Saint-Pierre en 1855, parut si patente qu'elle émut tout le monde dans la colonie. Les chambres de commerce de la métropole s'en préoccupèrent, et sur leur demande, le Ministre décida, par dépêche du 14 octobre 1856, qu'un médecin de deuxième classe de la marine serait chargé, tant à Fort-de-France qu'à Saint-Pierre, de visiter journelle-

ment les navires de commerce, afin d'envoyer à l'hôpital le plus vite possible les matelots atteints par le fléau.

Cette mesure prescrite par le Ministre est extrêmement sage. Nous devons la conserver en mémoire pour deux raisons; car d'une part. (Nous en parlerons de nouveau quand nous formulerons les mesures à prendre en temps d'épidémie), c'est assurément par son fonctionnement régulier qu'on arriverait, sur rade de Saint-Pierre et de Fort-de-France, à arrêter l'extension de l'épidémie, comme on l'arrêterait par la surveillance des aides-majors dans les casernes, les prisons, etc...., du médecin en chef dans les hôpitaux, le jour où la fièvre jaune se montrerait de nouveau dans la colonie. D'autre part, parce qu'elle marque la date de la mise en pratique des nouvelles idées sur la transmission de la fièvre jaune.

On allait décidément entrer dans la voie des précautions sanitaires, par conséquent, isoler les individus malades et les choses contaminées; on pouvait prédire que les épidémies seraient désormais rares, de peu de durée quand elles surviendraient, c'est en effet ce qu'une expérience de vingt ans a déjà consacré.

En même temps, une commission spéciale nommée par décision du Gouverneur (22 avril 1857), rédigea une instruction hygiénique dont voici ci-après la teneur; elle fut distribuée à tous les capitaines de navires à leur arrivée dans la colonie.

Instructions hygiéniques pour les bâtiments qui fréquentent la rade de Saint-Pierre, préparées conformément aux propositions du Conseil de santé et de la commission spéciale nommée par décision de M. le Gouverneur, du 22 avril 1857.

Mouillage. — En temps d'épidémie, la première chose à faire, la plus utile, c'est de choisir un mouillage à une certaine distance et au vent des navires infectés, il est donc convenable que deux points de mouillage entièrement séparés soient fixés.

Le capitaine de port se conformera à ces prescriptions, il a, d'ailleurs, le droit de fixer le mouillage, aux termes des articles 5, 78 et 127 de l'Arrêté du 22 mai 1840 sur la police des ports et rades de la colonie.

Les capitaines de bâtiment tiendront la main à ce que leurs matelots ne communiquent pas avec les navires infectés.

Ces précautions à elles seules, dit M. le 1er médecin en chef, préserveront bien des bâtiments et l'on n'aura plus le triste spectacle de ces équipages attaqués par la maladie 4 ou 5 jours après leur arrivée, pour s'être placés dans un voisinage dangereux et pestilentiel.

Logement. — La commission spéciale a émis le vœu que les armateurs

de navires destinés à la navigation des Antilles remplacent les logements sur l'avant de la cale et qui sont toujours, quelque soin qu'on en prenne, plus ou moins insalubres, soit par des roufles, soit par des postes sous le gaillard d'avant; un membre a émis l'opinion de substituer des hamacs aux couchettes dont il est fait usage.

Ce vœu sera transmis au Ministre. Sur cette question, M. le Médecin en chef pense que les roufles sont préférables aux postes de l'entrepont, par les ouvertures dont ils sont percés, il est facile d'en renouveler l'air et de rendre l'encombrement nocturne moins fâcheux.

Le panneau des postes, seule issue donnée à leur aération, n'est pas suffisant pour entretenir un déplacement convenable de leur atmosphère. Il serait avantageux d'y établir des hublots latéraux, qu'on pût ouvrir en rade, ou, au moins, des tubes d'aération qu'on visserait sur le pont.

« Autant que possible il faudrait débarrasser ces parties de tous les objets de gréement dont ils sont encombrés.

« La manche à vent doit être établie pendant tout le temps du séjour en rade.

« C'est surtout lorsqu'un premier malade s'est déclaré à bord, qu'il devient urgent d'employer tous les moyens d'aération possible.

« L'air contaminé des postes doit être renouvelé à l'instant, et tous les effets de literie et d'habillement mis sur le pont et ventilés.

« Les hamacs sont en tous points préférables aux cabines; portés sur le pont au branle-bas, ils laisseront dans le jour un espace plus large et plus facile à la circulation de l'air.

« Les cales devront être l'objet d'une surveillance attentive. Il est important qu'elles soient tenues dans un état de propreté parfait. »

C'est un devoir pour MM. les capitaines de se conformer à ces dernières recommandations.

L'article 94 de l'arrêté du 22 mai 1840, précité, prévoit le cas, et les contraventions à cet égard sont punies d'une amende de 5 à 20 francs par l'art. 156.

Vêtements et propreté du corps. — D'accord avec la commission, M. le médecin en chef pense :

Que chaque homme doit être pourvu suffisamment d'effets de toile et de laine pour changer suivant les circonstances.

Le chapeau de paille doit être substitué au bonnet de travail qui laisse le cou et la face exposés à l'action des rayons solaires.

La propreté corporelle est une nécessité absolue que le capitaine doit surveiller et exiger.

Alimentation. — La commission recommande surtout que les équipages soient nourris *confortablement;* elle désire que les marins du commerce reçoivent l'équivalent de la ration des marins de l'Etat aux colonies. (Café, biscuit et eaux-de-vie à déjeuner. Pain frais, viande fraîche, légumes et vin pour le dîner et le souper. Eau déposée dans les charniers, légèrement alcoolisée. Un bon régime, ajoute M. le médecin en chef, entretient la santé; il est surtout indispensable, dans un pays où tant de choses de dé-

perdition existent pour l'organisation ; les excès de boisson demandent la plus grande surveillance.

Heures de travail. — La Commission recommande :

1° de se servir des gens du pays pour le service des embarcations et pour les gros travaux du bord. (Embarquement et arrivage des boucauts dans la cale ;)

2° de ne permettre le travail au soleil dans la mâture que de 5 à 9 heures du matin et de 5 à 7 heures du soir.

L'une des causes de la fièvre jaune, dit M. le médecin en chef, et peut-être la plus fréquente, est l'insolation. Pour l'éviter on établira en permanence un taud sur le pont ; le travail dans le gréement, à la coque du navire et dans les embarcations, sera interdit de 8 heures du matin à 4 heures du soir.

Les fatigues corporelles doivent être évitées avec le plus grand soin. Il serait à désirer que les travaux de chargement et de déchargement fussent exécutés par des journaliers du pays.

Ces recommandations sont indiquées à l'art. 94 de l'arrêté du 22 mai 1840. M. le capitaine du port aura à en surveiller l'exécution.

La Commission conseille aussi aux capitaines de ne laisser descendre à terre, après 4 heures du soir seulement, que les hommes sur la conduite desquels il est permis de compter.

Ces navigateurs devront aussi faire exercer à leur bord la surveillance la plus active, pour éviter l'introduction clandestine de liqueurs fortes ou fermentées.

C'est en prenant ces mesures de précaution et d'hygiène que l'on évitera ou diminuera les pertes cruelles que font les navires à chaque voyage dans les Antilles.

L'exécution de ces recommandations est laissée, en ce qui les concerne, à MM. les capitaines du commerce sous toute responsabilité de leur part.

L'administration espère qu'elle n'aura pas fait en vain un appel à la sollicitude de ces navigateurs pour les gens de mer confiés à leurs soins, et elle se montrera toujours empressée à signaler à la bienveillance de S. E. le Ministre de la marine et des colonies ceux qui se seront conformés consciencieusement à la règle de conduite qui vient de leur être tracée. Fort-de-France, le 13 juin 1857.

En 1858, au mois de septembre, le docteur Ballot, médecin en chef de la colonie, fit un remarquable rapport d'ensemble sur les règlements sanitaires de la Martinique ; rapport dans lequel, après avoir énuméré les diverses mesures prises, il présenta l'état de la situation et formula des désiderata.

Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement le passage qui est relatif à la mise en pratique des règlements sanitaires et aux locaux dont on peut disposer pour les moyens

quarantenaires, regrettant de ne pouvoir reproduire en entier le travail de mon éminent prédécesseur.

Extrait du rapport de M. le médecin en chef Ballot, en 1858.

Aujourd'hui, le service sanitaire de la Martinique est dirigé par le conseil de santé de la colonie, siégeant à Fort-de-France. Un certain nombre de fonctionnaires, de médecins civils, de propriétaires et de négociants lui sont adjoints pour former la commission sanitaire centrale, d'où relèvent toutes celles qui existent dans les autres ports de la colonie.

C'est d'après le même mécanisme que la commission sanitaire de Saint-Pierre est formée. Elle se compose de la commission de santé de cette ville, de fonctionnaires, de médecins civils, etc., etc.

Le premier médecin en chef de la marine à Fort-de-France, le deuxième médecin en chef à Saint-Pierre, sont les présidents des commissions sanitaires de ces villes et, comme tels, sont chargés de la direction du service sanitaire. Le premier médecin en chef, comme président de la commission centrale, correspond avec l'ordonnateur et les commissions ordinaires, et reçoit par l'ordonnateur les renseignements sur l'état de la santé publique dans les contrées voisines, signale aux commissions sanitaires les pays dont les provenances doivent surtout être surveillées. Les capitaines de port et les chefs de service de la douane sont informés par l'ordonnateur, pour les ordres à donner à leurs agents. En temps ordinaire, voici comment le service sanitaire s'exécute à la Martinique.

Un navire de long cours se présente-t-il sur une rade, le pilote se rend le long du bord, s'informe avant d'y monter d'où il vient, s'il a des malades, s'il a communiqué avec des navires ou des pays suspects, s'il a une patente brute? Sur la réponse négative du capitaine, il lui donne libre pratique, monte à bord et dirige ce navire sur le mouillage ordinaire. Il en remet la patente de santé au capitaine de port en revenant à terre.

Si, au contraire, ce navire vient d'une contrée signalée suspecte au pilote, s'il a eu des communications avec des bâtiments ou des pays infectés, s'il a des malades à bord, s'il a une patente brute, le pilote ne monte pas à bord et le mouille, en grand'rade si c'est à Fort-de-France; si c'est à Saint-Pierre, sur le point de la rade de cette ville dit le Plateau ; il s'empresse d'en prévenir le capitaine de port qui en informe, par l'ordonnateur à Fort-de-France, le président de la commission sanitaire centrale ; à Saint-Pierre c'est par le chef du service de la marine que le président est informé.

L'arraisonnement des caboteurs et des autres bâtiments qui ne prennent pas de pilote est fait par le chef de bateau visiteur de la douane (art. 4 de l'arrêté du 1er septembre 1838); il a les mêmes pouvoirs et agit comme le pilote dans le cas où il ne peut accorder la libre pratique, il fait mouiller ou mettre en panne le navire qui doit être arraisonné, et il en rend compte au chef de service de la douane, qui en prévient immédiatement le président de la commission sanitaire. Celui-ci donne de suite l'ordre au chirurgien de deuxième classe de la marine, qui est désigné chaque année dans chacun

des ports de Saint-Pierre et de Fort-de-France pour le service de l'arraisonnement, de se transporter le long du bord du navire arrivant; le port ou la douane lui fournit l'embarcation dont il a besoin. Si le navire est étranger, il se fait accompagner par l'interprète du gouvernement.

Après avoir fait prêter serment au capitaine, il lui adresse la série de questions fixée par l'arrêté du 15 septembre 1832, et tient note des réponses qu'il inscrit sur-le-champ et au fur et à mesure sur la partie de la feuille d'arraisonnement laissée à blanc dans ce but. De retour à terre, le médecin visiteur s'empresse de faire parvenir au président de la commission sanitaire son rapport, avec la feuille d'arraisonnement et la patente de santé du navire à l'appui par les soins de son président; la commission sanitaire se réunit sur-le-champ, il lui expose les faits et lui donne communication du rapport du médecin visiteur et des différentes pièces qui l'accompagnent; après délibération, la commission prononce ou la mise en libre pratique, ou la quarantaine d'observation, ou la quarantaine intermédiaire. Elle se fonde, pour l'application de ces mesures, sur les articles 11, 12, 13, 14 de l'arrêté du 15 septembre 1832.

La quarantaine d'observation se fait dans le port d'arrivée (article 15 du même arrêté). Il n'y a d'exception que pour Saint-Pierre où, en raison du peu de sûreté du mouillage en temps d'hivernage, on laisse au capitaine la faculté de l'y laisser à ses risques et périls, ou d'aller la passer sur la rade de Fort-de-France. La durée de la quarantaine d'observation n'est limitée par aucun arrêté. Elle peut aller de trois à quinze jours.

Elle n'est jamais levée sans que le navire soit arraisonné de nouveau. Le président de la commission sanitaire donne libre pratique sans réunir la commission; il ne la convoque que lorsqu'il est survenu des faits qui peuvent exiger une prolongation de quarantaine.

Ce qui se fait pour la quarantaine d'observation se fait encore avec plus de rigueur pour la quarantaine intermédiaire. Celle-ci doit toujours se faire sur la rade de Fort-de-France, la seule à la Martinique où se trouvent des établissements qu'on peut convertir en lazaret provisoire. Ces établissements sont: le fort de l'Ilet, à Ramiers, et le fort de la Pointe-du-Bout et l'hôpital convalescence du même nom. Le premier est choisi de préférence comme lazaret pour les maladies qui peuvent se propager, telles que la variole, le typhus, le choléra morbus. Le second peut servir dans le même cas, mais il n'offre pas le mêmes garanties de séquestration. Le troisième, à l'hôpital de la Pointe-du-Bout, à cause de la difficulté de le garder, est réservé pour la fièvre jaune qui n'est à craindre que pour une partie de la population qui en est très-éloignée.

Le matériel et les agents nécessaires pour le lazaret provisoire sont fournis par l'entreprise des hôpitaux. Le médecin est un officier de santé de la marine désigné par le président de la commission sanitaire centrale. Tous les jours il lui fait parvenir un rapport détaillé sur tout ce qui s'est passé dans les vingt-quatre heures.

Ce n'est que lorsqu'il s'est passé un temps suffisant depuis le dernier cas, pour faire voir que la maladie est bien éteinte, que le président de la com-

mission convoque celle-ci pour lui proposer la mise en libre pratique du navire séquestré.

Les bâtiments en quarantaine et les hommes déposés au lazaret sont surveillés par des gardes de santé. Ils ont pour mission d'empêcher les communications, et doivent faire exécuter les règlements sanitaires et les mesures hygiéniques présentés; ces agents sont temporaires et pris à Fort-de France parmi les gabiers du port, et à Saint-Pierre parmi les préposés de la douane.

Tous les procès-verbaux, contenant les délibérations et les mesures prises par la commission, sont, à la diligence de son président et de son secrétaire, transmis, à Fort-de-France, à l'ordonnateur, à Saint-Pierre, au chef de service de la marine, pour en assurer l'exécution.

Pendant leur séjour sur les rades de la Martinique, les navires de commerce sont, de la part de l'Administration, l'objet des soins propres à prévenir le développement et l'envahissement des maladies épidémiques. Ils reçoivent à leur arrivée, du chef de service de la marine à Saint-Pierre, une instruction écrite ci-jointe, intitulée: *Instructions hygiéniques pour les bâtiments qui fréquentent les rades de la Martinique*, qui leur indique les meilleures précautions à prendre pour prévenir le développement de la fièvre jaune, ou pour s'en garantir si elle règne sur rade. Dans ce dernier cas, en exécution des dépêches ministérielles et de l'arrêté du 18 décembre 1857, ils sont visités chaque jour par un chirurgien de deuxième classe de la marine, qui dirige sur l'hôpital de la marine les hommes atteints de fièvre, et veille à ce que les règlements sur la police sanitaire des rades soient observés rigoureusement; il engage fortement les capitaines et les officiers de ce navire à suivre et à faire suivre par les hommes sous leurs ordres, les instructions hygiéniques publiées par l'Administration de la colonie.

Lorsqu'un navire français ou étranger quitte la Martinique, une patente de santé lui est délivrée. Nous recommandons vivement à la commission chargée des modifications à apporter au règlement sanitaire international, un modèle spécial de patente plus complète que celle qui a été adoptée par la convention internationale).

Cette patente donne: 1° l'état sanitaire du navire pendant le temps qu'il a séjourné dans la colonie. Les malades et les décès qu'il a eus, le nombre d'hommes qu'il a laissés à l'hôpital;

2° L'état sanitaire du port au moment du départ, si la fièvre jaune n'existe pas ou si elle règne sporadiquement ou épidémiquement en ville, dans la rade, dans la garnison et à l'hôpital, quelle est la date du dernier décès de cette maladie;

3° L'état sanitaire de la Martinique, si cette colonie est dans le moment sans fièvre jaune, ou si cette affection se montre sur un ou plusieurs points de l'état sporadique ou épidémique.

La patente de santé est délivrée à Fort-de-France par le conseil, et à Saint-Pierre par la commission de santé, et signée par tous les membres. Elle est détachée d'un registre à souche, après que le capitaine ou son

second a signé la souche, le double de cette patente pour assurer la vérité de ses déclarations.

DU PERSONNEL SANITAIRE ET DE SON ORGANISATION A LA MARTINIQUE.

Il n'existe pas à la Martinique de personnel sanitaire spécial. Le service sanitaire est dirigé à Fort-de-France par le premier médecin en chef, à Saint-Pierre par le deuxième médecin en chef, agissant comme directeur.

A Fort-de-France et à Saint-Pierre, un chirurgien de deuxième classe, qui change chaque année, est chargé de l'arraisonnement, et, quand elle est déclarée nécessaire, de la visite journalière des bâtiments marchands mouillés en rade. Le pilote et le chef du bateau visiteur de la douane sont chargés dans chaque port de l'arraisonnement à l'arrivée des navires au long cours et des caboteurs. Les gardes sanitaires sont provisoires, et pris, à Fort-de-France, parmi les gabiers de port, et à Saint-Pierre, parmi les préposés de la douane.

Les agents des lazarets provisoires sont fournis : le médecin en chef par le service de santé de la marine, et les employés, infirmiers, cuisiniers, etc., par l'entrepreneur des hôpitaux.

Le personnel, tel qu'il existe à la Martinique, nous paraîtrait pouvoir assurer l'exécution des règlements sanitaires, si les gardes de santé temporaires étaient remplacés par des gardes sanitaires permanents. On ne peut en effet compter sur les premiers ; on doit toujours craindre qu'accessibles à des offres, ils ne laissent violer les consignes et ne les exécutent pas.

Nous proposerions la création de quatre gardes de santé permanents, un pour Fort-de-France et trois pour Saint-Pierre ; deux de ces gardes seraient de service chaque jour à Saint-Pierre, l'un au bureau du port, l'autre à la douane, pour le service des arraisonnements.

Ils accompagneraient le pilote à bord des navires au long cours, et le brigadier des douanes à bord des caboteurs et des bâtiments qui ne prennent pas de pilote, et agiraient en tout et pour tout comme doivent le faire ces agents, d'après l'arrêté du 1er septembre 1838 ; je dis comme doivent le faire ces agents, car, il faut bien l'avouer, ils n'exécutent pas toujours d'une manière satisfaisante les fonctions sanitaires qui leur sont dévolues ; les gardes de santé rendraient compte directement des arraisonnements au président de la commission sanitaire, et lui remettraient les patentes de santé des navires arrivants.

Il serait nécessaire que ces gardes qui seraient mis à bord pour assurer la sincérité des quarantaines, fussent bien rétribués et choisis, autant que possible, parmi les sous-officiers sortant du service et déjà acclimatés.

DES RESSOURCES ET DES LOCAUX DONT ON PEUT DISPOSER A LA MARTINIQUE POUR SERVIR AU LAZARET OU EN TENIR LIEU.

En faisant connaître les divers usages suivis à la Martinique pour le service en quarantaine des navires, nous avons signalé les ressources

qu'on y trouve et les divers locaux dont on s'est servi, jusqu'à ce jour, pour l'établissement des lazarets provisoires. Nous allons revenir sur cette dernière question et faire connaître les avantages et les inconvénients de chacune de ces localités.

Ilet à Ramiers. — Le fort de l'Ilet à Ramiers est la localité qui offre le plus de sécurité, avons-nous dit, pour la mise à terre des malades atteints d'affections contagieuses, pour toute la population de la colonie. Bâti sur un rocher aride et désert, à environ 3000 de Fort-de-France, et dans la rade, il est séparé de le terre par un bras de mer profond et d'une certaine largeur. On y trouve de l'eau de citerne en abondance et un logement pour cent malades, mais le mouillage n'y est pas sûr, en temps d'hivernage, et il faut que les circonstances politiques puissent permettre d'en retirer momentanément la garnison.

Hôpital de la Pointe-du-Bout. — L'hôpital-convalescence de la Pointe-du-Bout réunit les meilleures conditions pour servir de lazaret à des malades atteints de fièvre jaune qu'il ne faut isoler sévèrement que des Européens non acclimatés; il n'y a, en effet, dans son voisinage, que de petites habitations occupées par des blancs créoles et par des noirs. Construit sur une langue de sable en face et à deux milles de Fort-de-France, il ne présente du côté de la terre aucune clôture, mais il ne serait pas difficile d'en établir une. Il contient quatre chambres d'officiers et trente lits pour les militaires ou marins. On pourrait facilement en occuper les édifices et y faire un lazaret permanent.

Fortin de la Pointe-du-Bout. — Un fossé profond creusé à l'extrémité de la Pointe-du-Bout fait une île d'un gros bloc de rochers qui la termine. C'est sur lui que le fort de la Pointe-du-Bout est bâti. Muni de vastes citernes et de casemates pouvant réunir cent lits, il ne peut servir, comme l'ilet à Ramiers, qu'en temps de paix, de lazaret provisoire. Il est bien moins isolé que ce dernier et demande plus de surveillance.

Le mouillage des navires qui purgent leur quarantaine à la Pointe-du-Bout est sûr.

Ils mouillent, dans la bonne saison, sous le vent de cette pointe, et dans l'hivernage dans la rade des trois îlets qui est à un mille environ. Les communications avec Fort-de-France sont faciles, les vents étant ordinairement traversiers.

L'hôpital et la Pointe-du-Bout présentent, comme l'expérience l'a déjà prouvé, d'excellentes conditions pour l'établissement d'un lazaret; les malades atteints de fièvre jaune et même du choléra morbus peuvent être reçus dans l'hôpital, dont on évacue préalablement les convalescents, soit sur l'hôpital de Fort-de-France, soit sur la convalescence militaire du fort Desaix. Les maladies éruptives, les varioles peuvent être traitées également dans le même hôpital, mais il serait peut-être avec plus de sécurité de la colonie dans les casemates du fort d'où les communications avec l'extérieur sont beaucoup plus difficiles.

Nous trouvons dans ce remarquable travail du docteur Ballot,

non-seulement le germe des meilleures idées en matière sanitaire, mais encore un véritable règlement tout entier; et il est regrettable qu'il n'ait pas reçu à son époque le visa d'acceptation de l'autorité, car on peut dire que rien n'a été fait de mieux depuis, et que ce travail, bien que resté à l'état de simple projet, a été, jusqu'au règlement de 1877, le guide de tous les chefs de service de santé de la colonie.

A mesure que les précautions sanitaires entraient dans les habitudes d'une manière plus large, on sentait que les vieux règlements de 1832 et de 1838 avaient quelques inconvénients; en effet, si on s'était entendu sans discussion sur la responsabilité de plus en plus grande à donner au chef du service de santé pour tout ce qui regardait les décisions à prendre à l'égard des navires venant du dehors; on ne pouvait trancher ainsi, sans des arrêtés officiels, certaines autres questions. Celle du temps écoulé entre le moment où il était décidé quelque chose pour un navire, et le moment où la mesure était appliquée, étaient de ce nombre; une disposition nouvelle y pourvut, et en effet, le 11 juillet 1860, l'ordonnateur décida que, dans le but d'entraîner le moins de retard possible à l'exécution des décisions de la commission sanitaire, le médecin en chef porterait sommairement la décision à sa connaissance par un simple bulletin écrit au cours même de la séance, bulletin qui servait en même temps d'ordre de service au capitaine du port et d'information au navire intéressé.

Jusqu'en 1862, les relations de la Martinique avec les autres pays, et particulièrement avec la métropole, avaient été relativement restreintes, les navires à voiles servaient presque exclusivement aux mouvements des hommes et des marchandises; la lenteur de la marche de ces navires, la longueur de leurs traversées étaient des conditions favorables pour l'extinction des germes morbides et, par conséquent, pour la diminution des chances de contamination épidémique. La création des lignes transatlantiques modifia très-notablement la situation de la colonie sous ce rapport, en décuplant les relations de l'île avec les pays extérieurs en même temps qu'elle abrégeait les traversées. Des mesures spéciales de protection sanitaire devenaient nécessaires; aussi le 19 mai 1862, la commission centrale s'occupa, sous l'inspiration de son président, le médecin en chef, des mesures à prendre à l'égard de ces paquebots, et voici ce qui fut décidé : 1° Les paquebots arrivant de n'importe quel pays et ayant des passagers atteints de mala-

die contagieuse ne doivent pas plus être admis en libre pratique que n'importe quel autre navire se trouvant dans les mêmes conditions de santé; 2° les passagers qu'ils auront à destination de la Martinique seront débarqués au lazaret pour y subir une quarantaine dont la durée sera fixée par la commission sanitaire. On le voit, c'était l'application aux paquebots de la règle commune et établie depuis quelques années pour toutes les provenances suspectes.

Une pareille réglementation, tout équitable et logique qu'elle était, provoqua cependant des réclamations de la part de la compagnie transatlantique qui, se sentant puissante par le fait même de son importance, ne voulait pas supporter la gêne que les navires devaient éprouver dans leurs escales par l'application des mesures sanitaires. Cette compagnie se plaignit au ministre qui consulta l'inspection générale du service de santé de la marine; mais la réponse de la première autorité de la médecine navale fut loin d'être favorable à la réclamation, car elle donna entièrement raison au médecin en chef président de la commission sanitaire centrale de la Martinique, sous l'inspiration duquel la réglementation avait été faite.

Voici l'extrait de la note précitée de l'inspecteur général du service de santé de la marine :

Je partage complétement l'opinion de M. Chapuis. Depuis quatorze ans, des observations suivies avec une rigueur et une exactitude inconnues autrefois, ont démontré que la fièvre jaune, dans nos colonies, avait toujours été d'importation étrangère pendant cette période. Les faits de Lisbonne, de Saint-Nazaire, de Ténériffe, de Gorée servent d'appui à cette opinion, accueillie enfin par l'Académie de médecine, à la suite d'un savant rapport présenté par M. le docteur Mélier. Ce médecin n'a tiré ses conclusions que de l'événement de Saint-Nazaire, dont il a eu pour mission d'étudier les détails, mais ces conclusions étaient prévenues par la marine, dont les principes se fondaient sur un grand nombre de matériaux conservés à la direction des colonies.

Nous ne connaissons pas les détails de l'arrêté auquel fait allusion M. Chapuis, mais il est indispensable : 1° Que le bâtiment atteint ou suspect de fièvre jaune soit mis en quarantaine et ne communique pas directement avec la ville, que son équipage soit rigoureusement consigné à bord pendant que le charbon lui sera fourni par les établissements à terre.

2° Que les vivres, approvisionnements, colis lui soient livrés avec les précautions de la quarantaine.

3° Que les passagers à destination de la Martinique soient déposés sur un lazaret, et y observent rigoureusement les détails de quarantaine indiqués par le ministre du commerce ou même augmentés par arrêts du gou-

verneur, en raison de la brièveté du parcours du lieu infecté à la Martinique.

Il importe beaucoup de se persuader qu'une bonne police sanitaire peut seule éviter de grands malheurs. C'est ainsi qu'on protégera nos possessions contre les fléaux dont les conséquences sont des pertes d'hommes et la ruine des intérêts du commerce.

S'il en était besoin, je ferais ressortir ici le rôle prépondérant du médecin en chef de la colonie dans toute cette affaire, en me basant sur l'énoncé même de ces procès-verbaux ; mais la chose est tellement indiscutée qu'elle serait inutile, de sorte que nous pouvons ne pas nous y arrêter plus longuement. Revenant donc à la question du débat de la commission avec les transatlantiques, nous ferons remarquer qu'il ne devait pas être clos dès ce moment. En effet, à la date du 14 décembre 1866, la commission fut encore obligée de s'en occuper, et voici dans quelles circonstances : Le paquebot *le Nouveau-Monde*, arrivé de Sainte-Marthe avec une patente brute de fièvre jaune, fut mis en quarantaine (9 décembre 1866), et comme des travailleurs indigènes avaient communiqué avec lui pour l'embarquement du charbon, la commission avait décidé que ces travailleurs seraient aussi en quarantaine. La compagnie réclama au gouverneur contre cette décision.

Le gouverneur provoqua une réunion de la commission sanitaire, et cette commission décida qu'il n'y avait pas lieu de modifier la décision prise au sujet des travailleurs indigènes communiquant avec des paquebots mis en quarantaine. Elle émit le vœu que la compagnie établit un parc à charbon, soit hors du port, soit sur un navire, pour subir moins de retard lorsque ses navires seraient en quarantaine, mais elle n'admit pas qu'on pût se relâcher en rien de la sévérité des mesures édictées contre les paquebots dont l'état sanitaire laissait à désirer.

Cette idée d'un parc à charbon isolé où les paquebots s'approvisionneraient en temps de quarantaine, était en somme la meilleure solution de la question pour concilier tous les intérêts; aussi fut-elle acceptée par l'autorité, et le 29 décembre 1866, l'ordonnateur présenta, dans la séance du conseil privé du gouverneur, un rapport tendant à employer à cet usage deux vieux navires qu'on mouillerait en pleine rade. Mais, malgré l'approbation du chef de la colonie, ce projet n'eut pas de suite, la compagnie espérant pouvoir un jour ou l'autre gagner son procès et économiser ainsi une dépense. Tant il est vrai qu'en

sa qualité d'entreprise industrielle la compagnie transatlantique, et d'ailleurs toutes les autres sociétés analogues mettent au premier rang dans leurs préoccupations la question financière, et à un plan plus secondaire celle de l'hygiène et des précautions sanitaires à observer.

Quoi qu'il en soit, on voit d'une manière évidente, j'espère, que la commission sanitaire centrale de la Martinique, par l'organe de son président le médecin en chef de la colonie, qui lui inspirait les idées émanant de sa grande expérience en matière sanitaire, déployait le zèle le plus louable pour l'application rigoureuse des mesures sanitaires; mesures qui étaient propres à garantir la colonie des épidémies que la communication avec l'extérieur pouvait apporter dans sa population. Nous pouvons dire que c'est assurément grâce à cette grande vigilance qu'elle déploya à cette époque, qu'on dut les remarquables résultats obtenus.

En effet, la préservation de la colonie de 1858 à 1869 à des moments où, comme nous l'avons dit plusieurs fois, la fièvre jaune faisait rage dans les pays voisins, est un fait qu'on ne saurait trop bien garder en mémoire et qui est bien digne de frapper l'esprit de tous ceux qui s'occuperont désormais des questions de quarantaine et d'épuration sanitaire.

Nous avons été obligé de parler d'événements ultérieurs au moment où nous étions arrivés dans notre énumération chronologique des mesures sanitaires, n'ayant pas voulu scinder d'une manière fâcheuse l'exposition de ce qui a trait à la première réclamation des paquebots transatlantiques; aussi devons-nous revenir en arrière et parler de ce qui fut fait à partir des derniers mois de l'année 1862.

On venait de signaler, à l'époque précitée, la fièvre jaune à *la Barbade*, et comme il s'agissait d'empêcher à tout prix la venue de la maladie à un moment où l'expédition du Mexique faisait passer à chaque instant des militaires inacclimatés dans les ports de la Martinique, le gouverneur n'hésita pas à prendre une mesure de rigueur; il interdit toute communication avec les navires venant du pays contaminé.

Une pareille mesure aussi radicale et, par conséquent, très-gênante pour le commerce, n'avait été résolue, on le comprend, qu'à cause de l'immense intérêt qu'il y avait à se préserver du typhus amaril; aussi, dès qu'il fut possible de la rapporter, on ne devait pas tarder un seul instant. C'est ce qui fut fait le 12 janvier de l'année suivante, dès qu'on apprit que la maladie

avait cessé à la Barbade. Cette colonie anglaise avait été mise en quarantaine absolue pendant cent trois jours. C'est un détail qu'il nous faut mettre en mémoire de ceux qui auront à s'occuper des questions sanitaires à la Martinique, afin qu'au besoin ils s'en souviennent en présence d'un cas où un danger pressant serait signalé.

L'année 1863 et la première moitié de 1864 se passèrent sans qu'on eût des appréhensions bien précisées à l'égard des provenances du Sud. Mais, dès le début de l'hivernage, on signala quelques cas douteux de maladie dans la Guyane anglaise, et la commission sanitaire centrale, dans sa vigilance habituelle, tenue en éveil par son président, demanda au gouverneur des mesures de protection qui furent édictées aussitôt dans l'arrêté du 29 août 1864. D'après cet arrêté, tous les navires, quels qu'ils fussent, venant de la Guyane-anglaise, ne devaient être admis en libre pratique qu'après décision de la commission.

En 1865, le choléra apparut à la Guadeloupe; la surveillance si active vis-à-vis de la fièvre jaune, ne pouvait faire défaut en présence du typhus indien; aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir que, dès qu'il fut notoire que l'état sanitaire de la colonie voisine était mauvais, le médecin en chef réunit la commission centrale qui demanda à ce que toutes les provenances de la Guadeloupe fussent soumises à une quarantaine de cinq à quinze jours. (Arrêté du 21 novembre 1865.)

On le voit, les hommes chargés de sauvegarder la colonie contre les maladies contagieuses venant du dehors ne laissaient passer aucune occasion de prendre de sages précautions. Leurs efforts furent couronnés de succès, puisque la Martinique fut épargnée à une époque où sa colonie sœur était si cruellement éprouvée.

A l'occasion de la quarantaine imposée aux provenances de la Guadeloupe, la commission sanitaire centrale pensa que le lazaret ne présentait pas les garanties d'isolement suffisantes, et que cette quarantaine pouvait être violée facilement, de sorte qu'il était à craindre, à un moment où la fièvre jaune et le choléra étaient aux portes de la colonie, qu'une imprudence ou une infraction aux règlements sollicitée par la configuration même des lieux, ne fût une cause d'accidents; aussi se préoccupa-t-elle de cette situation des locaux et émit le 20 novembre 1865, les vœux suivants pour la clôture et l'isolement plus parfaits du lazaret.

Vœux de la commission sanitaire concernant le lazaret.

La commission émet des vœux qui sont formulés de la manière suivante :

Dans les séances précédentes, la commission s'était occupée des renseignements qui lui avaient été transmis sur l'isolement incomplet du lieu de la quarantaine.

En effet, la presqu'île n'étant point fermée à la gorge par un mur qui l'isole du continent, les habitants du voisinage entrent dans cette presqu'île et circulent autour des bâtiments, dont ils ne sont séparés que par un mur d'environ 2 m 50. Cette disposition est très-défectueuse et n'offre pas des garanties suffisantes.

En attendant que le mur puisse être construit à la gorge, la commission pense qu'il serait urgent d'établir une palissade en planches clouées sur des pieux, allant d'une mer à l'autre et formant une ligne continue que nul ne pourra franchir; un fossé extérieur à cette palissade serait nécessaire et servirait ultérieurement à la construction du mur (20 novembre 1865).

En même temps, on élabora une consigne pour le lazaret, consigne qui fut rendue réglementaire à la date du 28 novembre 1865, par décision du gouverneur de la colonie, et dont voici la teneur :

CONSIGNE SANITAIRE DU LAZARET DE LA POINTE-DU-BOUT.

Service intérieur du lazaret. — Le lazaret établi à la Pointe-du-Bout est destiné à recevoir les passagers et les malades provenant des navires mis en quarantaine par l'autorité sanitaire. Un local spécial est affecté, dans cet établissement, aux malades atteints d'affections épidémiques ou contagieuses. Le service intérieur du lazaret sera assuré par les soins de l'entrepreneur des hôpitaux, conformément aux conventions arrêtées à cet égard avec l'administration de la colonie.

Direction du service médical et sanitaire. — Lorsque les circonstances le réclameront, un officier de santé sera détaché au lazaret pour y diriger le service médical et sanitaire, suivant les instructions qui lui seront données par le médecin en chef de la marine.

Il aura sous ses ordres les gardes de santé chargés d'assurer la police sanitaires dans l'intérieur du lazaret, de même que tous les agents affectés au service de l'établissement.

Les gardes placés sur les navires mouillés en quarantaine lui seront également subordonnés et communiqueront avec lui pour tout ce qui concerne le service sanitaire.

Il adressera un rapport journalier sur l'état des passagers et des malades et la situation générale de l'établissement au médecin en chef de la colonie, qui le fera parvenir au directeur de l'intérieur.

Il tiendra un registre (modèle n° 1), sur lequel toutes les personnes admises au lazaret seront inscrites à leur entrée, d'après les renseignements

qui seront fournis par les capitaines des navires ou les patrons des embarcations qui les auront débarquées, ou par ces personnes elles-mêmes.

Un registre spécial (modèle n° 2) servira également à suivre les mouvements survenus parmi les malades dont une situation sera jointe chaque jour au rapport adressé au médecin en chef.

Les avis de décès (modèle n° 3), avec tous les renseignements nécessaires pour la rédaction des actes mortuaires, seront adressés par l'officier de santé chargé du service au commissaire des hôpitaux, lequel transmettra, avec les formalités d'usage, à l'officier de l'état civil de la commune de Fort-de-France, dont relève le lazaret considéré comme succursale de l'hôpital militaire de cette ville.

Il sera tenu au lazaret, par les soins de l'officier de santé chargé du service, un registre (modèle n° 4) destiné à inscrire les déclarations et les renseignements relatifs aux décès survenus dans cet établissement. Ce registre sera ultérieurement déposé à l'hôpital militaire.

Les passagers et les malades reçus au lazaret seront soumis à la discipline intérieure des hôpitaux et de la police sanitaire, sans préjudice des peines plus graves qui auraient été encourues.

A défaut de médecin attaché d'une manière permanente au lazaret, la direction sera confiée à un agent sanitaire principal, qui aura sous ses ordres tous les gardes placés tant dans l'intérieur de l'établissement qu'à bord des navires en quarantaine.

Cet agent recevra les instructions du médecin en chef de la marine et sera responsable de l'exécution du service.

Il exercera toutes les attributions conférées à l'officier de santé par la présente consigne.

Dans ce cas, un officier de santé, désigné par le médecin en chef, se rendra à la Pointe-du-Bout chaque fois que le besoin l'exigera, et communiquera, en s'entourant des précautions voulues, avec l'agent principal qui lui rendra compte de l'état sanitaire du lazaret.

Service des embarcations, des vivres et de la correspondance. — Une embarcation sera disposée tous les jours, à sept heures du matin, au quai de l'arsenal maritime pour l'approvisionnement du lazaret.

S'il était nécessaire de faire deux envois par jour, l'entrepreneur des hôpitaux devrait en prévenir le capitaine de port au moins une heure à l'avance.

Les canots pourvoyeurs, de même que toutes les embarcations qui se rendront au lazaret pendant tout le temps que durera l'isolement, ne pourront accoster que sur l'embarcadère et devront porter le signe de quarantaine.

Tout autre point du lazaret leur est formellement interdit, sous les peines de droit, envers ceux qui auraient trangressé à cet égard des lois sanitaires.

Les provisions et les objets destinés au lazaret seront déposés sur une table placée dans une guérite disposée à cet effet hors de l'enceinte du lazaret, et ne seront enlevés par les agents de l'intérieur que lorsque les porteurs se seront éloignés.

Les papiers et les lettres du dehors, à destination du lazaret, seront pris tous les jours à la poste de Fort-de-France par le patron du canot pourvoyeur, et déposés avec les mêmes précautions sur la table qui vient d'être indiquée.

Les papiers et la correspondance du lazaret seront remis, sans exception, aux gardes de santé qui, après s'être conformés aux mesures de précaution qui leur seront prescrites par l'officier de santé ou l'agent principal chargé du service, conformément aux ordres supérieurs, les déposeront sur la même table à l'arrivée du canot pourvoyeur.

Lorsqu'il n'y aura pas d'officier de santé au lazaret, une embarcation armée sera tenue constamment à la disposition de l'agent principal chargé du service pour les communications urgentes qu'il aurait à faire parvenir au chef-lieu. Cette embarcation, ainsi que les hommes qui la monteront, n'aura aucune communication avec le lazaret ni avec les navires en quarantaine.

Les dépêches extraordinaires qu'il y aurait nécessité d'expédier à Fort-de-France, dans l'intervalle des voyages du canot pourvoyeur, lui seront transmises avec les précautions indiquées ci-dessus.

Des gardes de santé. — Des gardes de santé en nombre suffisant, sont placés dans l'intérieur du lazaret et y exercent la police sanitaire sous les ordres de l'officier de santé et de l'agent principal.

Ils s'opposent à toute communication, soit du dehors au dedans, soit du dedans au dehors.

Ils feront des rondes fréquentes, de jour et de nuit, sur le pourtour intérieur de l'enceinte, afin de prévenir toute tentative de communication.

Ils saisiront d'autorité tout individu qui aurait pénétré dans l'enceinte du lazaret et lui imposeront la quarantaine immédiatement.

Ils tiendront strictement la main à l'exécution des dispositions prescrites pour la réception des provisions et de la correspondance, et pour l'accostage des embarcations.

Ils exécuteront enfin et feront exécuter la consigne sanitaire et les instructions de détail émanant du président de la commission sanitaire, visées et approuvées par le directeur de l'intérieur.

Les gardes de santé rendront compte chaque jour de leur service à l'officier de santé ou à l'agent principal.

Dispositions générales. — Les fonctionnaires qui auraient mission ou qualité pour communiquer avec les agents du lazaret ou avec les quarantenaires, feront avertir préalablement l'officier de santé ou l'agent principal chargé du service; celui-ci commandera un garde de santé qui sera présent à la communication; la personne appelée se tiendra à l'extrémité du débarcadère, et le visiteur restera dans l'embarcation à six mètres au moins de distance de l'embarcadère.

Toute autre personne qui voudrait communiquer n'y sera admise que par la permission de l'officier de santé ou de l'agent principal, et avec les mêmes précautions. Dans ce dernier cas, les communications ne pourront excéder dix minutes.

Tout individu qui se serait introduit dans l'enceinte du lazaret, ne fût-ce que pendant quelques instants, y sera retenu et séquestré jusqu'à la levée de la quarantaine.

Toute disposition nouvelle qui serait jugée nécessaire pour mieux assurer la surveillance intérieure du lazaret pourra être prescrite provisoirement par l'officier de santé qui en rendra compte comme au médecin en chef. Fort-de-France, le 28 novembre 1865.

En outre, l'instruction suivante fut rédigée pour le médecin du lazaret :

INSTRUCTIONS POUR LE MÉDECIN CHARGÉ DE LA POINTE-DU-BOUT

ARTICLE PREMIER. — Le médecin chargé du lazaret aura sous ses ordres les gardes sanitaires placés à bord des navires en quarantaine ou dans le lazaret. Il tiendra la main à ce qu'ils exécutent exactement leur service.

ART. 2. — Il interdira l'accès de la presqu'île de la Pointe-du-Bout à toute personne venant des communes voisines, aux pirogues et canots qui voudraient se mettre en relations avec les personnes séquestrées. Les canots du port pourront seuls être reçus au quai.

ART. 3. — Si, parmi les personnes en quarantaine, il y avait des malades de fièvre jaune, de choléra, de typhus, de variole, elles seraient placées dans un bâtiment à part, et toute communication entre elles et les personnes en bonne santé serait prohibée.

ART. 4. — Les personnes isolées ne pourront envoyer leur linge en dehors de l'enceinte du lazaret. Le linge sale sera lavé à la Pointe-du-Bout; le linge blanc sera aéré pendant plusieurs jours, et toutes les malles seront exposées à l'action du soleil et du vent. Les vêtements de laine et de coton seront exposés pendant la durée de la quarantaine à deux fumigations.

ART. 5. — Tous les jours, il sera fait, dans la cale des navires en quarantaine, une fumigation ; pendant que celle-ci s'exécutera, on fermera les panneaux et on laissera le gaz renfermé dans la cale pendant une heure. En outre, la paroi interne de chaque navire sera lavée à grande eau à l'aide d'une pompe. Cette opération sera répétée autant de fois qu'elle sera jugée nécessaire. Des manches à vent seront nuit et jour établies et leur extrémité inférieure devra arriver à fond de cale. Toutes les personnes mises en quarantaine prendront des bains de mer, à moins de contre-indication.

ART. 6. — Les vivres et correspondances que l'embarcation du port portera chaque jour aux bâtiments, ne pourront être déposés à bord du navire lui-même, mais seulement dans une embarcation retenue par une amarre que l'on fera filer derrière le navire.

ART. 7. — Il sera fait tous les jours un rapport au président de la commission sanitaire sur la santé des personnes, sur les mesures qui auront été exécutées et sur tout événement qui aurait pu se produire.

ART. 8. — Toutes les lettres expédiées du lazaret sont fumigées. Voici le

procédé à suivre pour les fumigations : peroxyde de manganèse, 2 kilog. ; acide chlorhydrique, 100 gr. Versez sur deux kilogrammes de peroxyde de manganèse réduit en poudre l'acide chlorhydrique par petites portions et agitez chaque fois avec une baguette.

Le peroxyde de manganèse sera déposé dans un canari et chauffé sur un fourneau portatif; pendant la durée de l'opération, celui qui fera les fumigations aura soin de ne pas respirer le gaz qui se dégage. Les deux kilogrammes de manganèse serviront aux fumigations, tant qu'il reste du manganèse dans le vase. Chaque jour, avant de commencer la nouvelle fumigation, on rejettera le liquide qui couvrira le manganèse, et on recommencera la fumigation comme la veille, avec 100 gr. d'acide chlorhydrique.

On prenait, on le voit, toutes les mesures avec soin et empressement; rien n'échappait à l'esprit de ceux qui étaient à la tête du service sanitaire, à Saint-Pierre comme à Fort-de-France, tandis que les subordonnés, stimulés par le bon exemple des chefs, rivalisaient de zèle pour remplir d'une manière parfaite leur mission de protection.

A cette époque, le choléra épidémique arriva, on peut dire, jusqu'aux portes de la Martinique, puisqu'en novembre, on fut obligé d'étendre aux provenances de la Dominique les mesures sanitaires qui avaient été édictées contre la Guadeloupe quelques jours auparavant. (Arrêté du 27 novembre 1865.)

Faisons remarquer que cette mesure était extrêmement sage, et devra être mise en vigueur toutes les fois que la Guadeloupe sera envahie par une maladie contagieuse, de même qu'il faudra traiter ainsi les provenances de Sainte-Lucie, dès qu'on mettra en quarantaine la Barbade, la Trinitad, Demerary ou tel autre point des possessions anglaises placées au sud de la Martinique, car faute de cette précaution, on sera exposé à chaque instant à ce que les individus qui ont un intérêt à éluder la quarantaine, aillent toucher barre dans ces localités voisines, pour pouvoir atteindre notre colonie en libre pratique.

A la fin de décembre 1865, l'état sanitaire de la Guadeloupe ne s'était pas amélioré; aussi, les mesures sanitaires édictées contre les provenances furent rendues plus sévères encore et, grâce à cette rigueur, on put traverser ce moment dangereux sans éprouver aucun accident.

Les trois arrêtés du 12 février 1866, du 5 juin 1866, du 26 juin 1866, montrent bien clairement avec quelle attention on suivait à la Martinique les péripéties du drame lugubre dont la Guadeloupe était le théâtre en ce moment, et avec quelles précautions,

avec quelle sage lenteur on rétablit à la fin de l'épidémie les relations entre les deux pays. Le médecin en chef de la colonie, la commission sanitaire et l'autorité purent avoir alors le légitime orgueil d'avoir sauvegardé notre colonie d'un danger imminent, et leur prudente conduite pourra rester comme modèle, si quelques jours de pareilles occurences se représentent.

En novembre 1865, au moment où la colonie de la Guadeloupe était rudement frappée par le choléra, une maladie contagieuse était signalée sur les bestiaux de Porto-Rico et, comme la Martinique puise dans cette île la majeure partie de ses bêtes à cornes, la commission sanitaire, sous l'inspiration habituelle de son président, sollicita un arrêté pour empêcher l'introduction d'animaux malades dans la colonie.

Le 7 février 1866, le danger paraissant éteint, l'arrêté fut rapporté ; mais, comme on peut le voir par la décision prise à cette époque, la plus grande prudence présida à cette résiliation, car la libre pratique ne devait être accordée qu'après examen de chaque navire par la commission centrale.

La fièvre jaune planait, on peut le dire, sur les Antilles et les Guyanes ; à l'époque qui nous occupe actuellement, on la signalait çà et là à divers endroits en ce moment, et même on la voyait franchir ses limites géographiques habituelles pour aller frapper la Sénégambie avec une extrême rigueur ; la Martinique avait le devoir de se garantir d'un peu tous les côtés, et c'est pour cela que nous voyons un arrêté du 10 août 1866 viser les provenances des Guyanes anglaise et hollandaise, un autre du 26 novembre, viser celle de Saint-Thomas, et d'ailleurs, on peut dire que, dans la pratique, toutes les arrivées de navires étaient surveillées avec une extrême attention.

Le 24 février 1867, la commission sanitaire centrale formula de nouveau le vœu d'améliorer le lazaret, de telle sorte que toutes les mesures quarantenaires pussent y être mises en pratique. C'est que le médecin en chef prévoyait que des navires contaminés pourraient arriver d'un moment à l'autre en plus ou moins grand nombre sur rade, la fièvre jaune étant dans plusieurs pays voisins. Bientôt encore, le 8 avril 1867, il fut décidé que les provenances des Guyanes, de Colon-Aspinwal, du Mexique et de Saint-Thomas seraient soumises à l'arraisonnement du médecin avant d'être admises en libre pratique.

Mais on s'aperçut bientôt, à la pratique, que cet arrêté n'était pas complet et, en effet, dans la séance du 3 mai 1867, le président fit remarquer à la commission que, par le fait des prescrip-

tions du 8 avril, les paquebots venant de Demerary, la Côte-Ferme, Aspinwall, Saint-Thomas étaient seuls arraisonnés par un médecin, tandis que les navires qui venaient d'autres pays, l'étaient par le pilote ou un préposé des douanes. Ce qui établissait une distinction fâcheuse pour la sécurité de la colonie; la commission décida aussitôt que les paquebots de toutes provenances seraient arraisonnés par un médecin.

Disons en passant qu'ultérieurement et à diverses reprises, la compagnie transatlantique a cherché à s'exempter de la formalité de l'arraisonnement par un médecin, mais toujours, jusqu'ici, le chef du service sanitaire et la commission ont formellement combattu ces tentatives. Il est à désirer qu'ils résistent dans l'avenir avec la même vigueur et le même succès, car la protection de l'île est à ce prix.

Quoi qu'il en soit, on le voit une fois de plus ici après mille autres, la vigilance du médecin en chef de la colonie qu'inspiraient les résolutions de la commission sanitaire était grande, et j'insiste ici comme précédemment là-dessus, parce que je veux bien graver dans la mémoire de tous les intéressés ce fait évident pour moi, que c'est cette vigilance qui a garanti la colonie à une époque où le danger était imminent, où le typhus amaril, le choléra, la variole, les épizooties frappaient des coups meurtriers dans les pays environnants.

En poursuivant notre exposé chronologique des mesures sanitaires, nous dirons que le lazaret de la Pointe-du-Bout avait été incriminé à plusieurs reprises soit de paludisme, soit d'isolation incomplète, soit de disposition défectueuse de la plage pour le débarquement des hommes et des marchandises mis en quarantaine. La question fut de nouveau agitée le 16 septembre 1867, et la commission décida qu'il fallait demander l'abandon de ce lazaret et l'établissement de la quarantaine sur l'îlet à Ramiers.

Le génie s'opposa à la mise en vigueur d'un arrêté qui l'aurait dépossédé de l'îlet à Ramiers et c'est chose fâcheuse à mon avis, car assurément le lazaret serait mieux isolé là qu'ailleurs. Mais, cependant, il est bon de rappeler que, quelle que soit la mesure qui sera prise au sujet de cet îlet dans l'avenir, il faut reconnaître le principe de la nécessité de plusieurs lieux de quarantaine dans la baie de Fort-de-France. Je considérerais même la résistance du génie militaire comme une bonne chose pour le service sanitaire, si elle devait avoir pour résultat de faire améliorer l'état du lazaret de la Pointe-du-Bout; car j'espère bien

que dans l'avenir comme par le passé, l'îlet à Ramiers ainsi que la batterie de la Pointe-du-Bout seront prêtés au service sanitaire quand le besoin urgent s'en fera sentir. La colonie se trouvera avoir ainsi trois points isolés où la quarantaine pourra se faire dans de bonnes conditions à un moment donné.

Depuis 1832, le médecin en chef avait été l'âme de la commission sanitaire à Fort-de-France comme à Saint-Pierre, et le chef du service de la colonie avait toujours eu de fait la haute main, comme la direction, dans tout ce qui regarde ce service. Nous devons dire tout d'abord que la chose est logique, et en effet, dans les pays comme la Martinique où les fonctionnaires constituent une si grande part dans la vie générale du lieu, on est de longue date habitué à reporter mentalement la responsabilité comme le pouvoir à des individus déterminés, au chef du service par conséquent; les commissions qui lui sont adjointes étant constituées par une majorité prise soit dans ses subordonnés propres, soit dans des fonctionnaires d'un grade hiérarchiquement inférieur à lui, il est naturel que ces commissions soient considérées pour ce quelles sont dans la pratique, c'est-à-dire comme un conseiller, un moyen d'éclairer l'opinion du chef et non comme l'autorité elle-même.

Depuis 1832 donc, ai-je dit, le médecin en chef avait dirigé le service sanitaire, et néanmoins, en 1832, quand on fit un premier règlement sanitaire pour la colonie, le désir d'édifier ce règlement d'une manière analogue à celle qui était employée en France, d'avoir à la Martinique quelque chose de semblable à ce qui existait à Marseille, Bordeaux, Nantes, etc., etc., avait fait écrire dans ce règlement que l'autorité en matière sanitaire c'était la commission.

La chose n'eut pas d'inconvénient pendant trente-cinq ans, parce que le règlement était lettre morte dans tout ce qui tendait à s'affranchir de l'autorité du médecin en chef et que jamais on n'avait songé, dans la commission, à jouer un autre rôle que celui de conseiller du chef qui est l'éditeur responsable de toutes les mesures.

Mais, en 1868, une faiblesse du cœur humain, un sentiment d'intérêt, qui fut, pour quelques-uns, que je ne chercherai pas à désigner d'une manière précise, l'occasion de sacrifier l'intérêt général à un mince intérêt privé, fit penser à quelques membres de la commission qu'ils pouvaient, s'ils constituaient une majorité, imposer leur volonté dans certains détails du service, et remarquons qu'ils s'agissait, dans ce moment, d'obtenir une

commission de médecin visiteur à un individu que le médecin en chef jugeait impropre à ces fonctions.

Il y eut quelques agissements souterrains, quelques démarches inavouées, quelques réunions dont le procès-verbal officiel n'a jamais été établi, et certains membres voulurent traiter de puissance à puissance avec le médecin en chef. Pareille anomalie, telle énormité, dirai-je même, ne pouvait exister dans un milieu qui, comme la colonie, était fortement et sagement hiérarchisé; et aussitôt, l'autorité du Gouverneur à laquelle eut recours le médecin en chef, trancha la question par l'arrêté suivant, qui remit les choses dans l'ordre en même temps que ceux qui s'étaient oubliés dans le sentier de la discipline.

N° 474. — *Décision portant modification de l'arrêté du 15 septembre 1832, sur le service sanitaire de la colonie.*

ARTICLE PREMIER. — L'article 4 de l'arrêté du 15 septembre 1832, sur le service sanitaire de la colonie est abrogé. La désignation d'un officier de santé pour le service des arraisonnements, est réservée à l'ordonnateur de la colonie, sur la présentation du médecin en chef.

L'ordonnateur est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera enregistrée partout où besoin sera. Fait à Fort-de-France, le 8 août 1868.

Je ne veux ni ne puis, à propos de cette affaire, entrer dans des détails de personnes tout à fait inutiles, cependant je n'ai pu passer sous silence la question de principe, car, il était utile de bien montrer que dans un milieu comme le service de la marine et des colonies, où les fonctionnaires forment une échelle continue du grand au petit, ont des droits et des devoirs parfaitement définis qui donnent à chacun une part de responsabilité en rapport avec son autorité et *vice versa*, on ne peut, sans inconvénient, chercher à inscrire dans le règlement un autre principe que celui qui régit tout le restant de l'organisation. Le chef est celui qui commande; il consulte, il s'éclaire, il fait discuter devant lui les questions, mais prend la détermination qu'il juge convenable, sous sa responsabilité propre, sans que jamais le conseil puisse être autre chose que consultatif.

Nous dirons plus : dans le service sanitaire, toute mesure qui tendrait à enlever le pouvoir exécutif au chef du service pour le donner à un conseil ou à une commission, compromettrait la régularité comme la rapidité et l'exactitude du service dans ses applications. Et comme, en matière sanitaire, l'enjeu est le plus souvent la question d'une épidémie qu'on peut éviter ou laisser

pénétrer dans le pays, on comprend qu'il est plus nécessaire là qu'ailleurs peut-être, qu'il n'y ait ni hésitation ni mauvaise application dans les moyens qu'on a résolu d'employer.

Nous nous sommes laissé entraîner à cette discussion qui ne sera pas, je l'espère, une digression inutile, parce qu'elle aura fixé les idées sur des points qui ont paru trop longtemps litigieux à la Martinique. Reprenons le fil de notre exposition historique des mesures sanitaires.

En 1869, la fièvre jaune, on le sait, fit irruption dans l'île. Les mesures prises contre la maladie après qu'elle eût été introduite dans l'île par des faits que nous n'avons pas à rechercher, eurent pour effet de la faire cesser dans la même année. Un résultat aussi heureux était bien de nature à ne pas laisser tomber en désuétude les habitudes de vigilance qu'on avait depuis longtemps dans le service sanitaire; Mais cette question de quelques aspirations injustifiées contribua, avec tant d'autres, à tenir longtemps le service en général dans un état de souffrance éminemment nuisible à son fonctionnement régulier et surtout efficace.

Les agissements dont je viens de parler ne cessèrent pas, malgré un premier insuccès; l'autorité du médecin en chef continua à être attaquée. Un arrêté du gouverneur, à la date de décembre 1868, vint prêter la main à ces efforts tentés pour amoindrir sa position, en enlevant la présidence de la commission sanitaire de Saint-Pierre au médecin chef du service. Cette présidence fut donnée au maire de cette localité; ce qui fut à mon avis une déplorable mesure.

Le 12 avril 1879, il y eut une modification notable dans les attaches du service sanitaire; ce service, qui avait été attribué par le règlement organique des colonies à l'ordonnateur, fut donné à la direction de l'intérieur. Cette modification, inspirée par des considérations étrangères au service sanitaire en lui-même, eut néanmoins un fâcheux retentissement sur son fonctionnement; elle a ajouté notablement au malaise de ce service.

Nous n'avons ni qualité ni désir pour discuter si l'arrêté précité a été un progrès ou un pas rétrograde en ce qui regarde les services étrangers au service sanitaire, mais pour celui-ci, nous n'hésitons pas à trouver que la mutation fut très-fâcheuse et a produit des tiraillements, des froissements de personnes se traduisant souvent par une mauvaise transmission des ordres, une exécution vicieuse, inexacte ou tardive des mesures ordonnées.

Sans entrer dans des détails bien longs, il n'est pas difficile de montrer le vice de cette attribution du service sanitaire au directeur de l'intérieur. Et, en effet, voilà que le médecin en chef de la colonie, celui qui est en définitive l'âme et la cheville ouvrière de ce service sanitaire, se trouve placé entre un chef supérieur et des subordonnés qui appartiennent à la direction de l'intérieur, tandis que lui est lié vis-à-vis de l'ordonnateur. Il s'ensuit qu'à un moment donné il peut avoir besoin de demander à son chef direct et hiérarchique une permission qui sera peut-être considérée comme une faveur; tandis qu'elle est nécessitée par un service qui, cependant, est pressant et utile.

Le jour où l'on a pris la détermination de mettre le service sanitaire de la colonie dans les attribution du directeur de l'intérieur, il fallait, ou bien dégager le médecin en chef de la subordination vis-à-vis de l'ordonnateur, ou bien donner les fonctions de chef de service sanitaire à un autre qu'au médecin en chef de la marine.

Je ne discuterai pas l'opportunité de soustraire le médecin en chef à la subordination qu'il a vis-à-vis de l'ordonnateur, le fait est consacré par l'ordonnance organique des colonies et par conséquent m'élever ici contre cet état de choses serait dépasser la limite de mon droit. Je ne puis que faire des vœux pour la cessation de cette anomalie, aussi pénible pour les individus que fâcheuse pour le bien du service. Mais j'ai le devoir de dire ma pensée touchant l'idée qui pourrait mettre un médecin autre que le médecin en chef de la colonie à la tête du service sanitaire.

Eh bien, si on veut placer à la tête de ce service sanitaire un médecin présentant l'autorité de grade, les connaissances acquises qu'a un médecin en chef de la marine; si on place sous les ordres de ce fonctionnaire supérieur des médecins en sous-ordre, instruits comme les médecins en sous-ordre de la marine et parfaitement dégagés de toute obligation vis-à-vis de la population, des compagnies, des administrations purement locales; en un mot, si on a un personnel hiérarchisé, discipliné, mû par le seul intérêt du service et rendu indépendant dans l'exercice de ses fonctions par la position même que lui fait l'État en lui donnant un grade d'officier en propriété, rien de mieux, on peut consommer la mutation sans inconvénient.

Mais, si on songeait à enlever au médecin en chef de la marine et aux médecins sous ses ordres, les attributions sanitaires pour les donner à des médecins purement civils et vivant de leur

clientèle, on compromettrait sans utilité et d'une dangereuse manière, la sécurité publique, à la Martinique. Et en effet, croit-on que le chef du service sanitaire ou un de ses subordonnés qui serait le médecin de la compagnie transatlantique, ou le médecin d'un fournisseur de bœufs, pourrait prendre ou ordonner telle mesure sanitaire avec la même indépendance que ce que fera un fonctionnaire n'étant lié d'aucune manière avec cette compagnie ou ce fournisseur? Dans tous les cas, croit-on que leur décision serait acceptée avec la même confiance par la population et les intéressés ; l'idée que la balance n'est pas tenue égale entre la grande et la petite navigation, entre telle et telle provenance, n'interviendra-t-elle pas à un moment donné dans l'esprit de ceux sur lesquels les mesures sanitaires pèseront sensiblement, et aussitôt des suspicions, des réclamations, des récriminations qui ne peuvent avoir qu'un déplorable résultat.

Sans prolonger davantage la discussion, je dirai donc sans fournir mille autres preuves très-concluantes que les médecins de la marine, en service dans la colonie, sont les mieux à même et de beaucoup pour remplir les fonctions sanitaires. Et alors il est logique de dire, comme conséquence, que la mesure qui a fait passer le service sanitaire des mains de l'ordonnateur dans celles du directeur de l'intérieur est regrettable, puisqu'elle a établi ce fait, que le personnel de l'un fait le service de l'administration de l'autre.

Reprenant le cours de notre exposition chronologique, nous dirons qu'en juin 1870, la fièvre jaune ayant été signalée de nouveau à la Guadeloupe, un arrêté du Gouverneur détermina les mesures de précaution (19 juin).

Les applications quarantenaires apportant un certain préjudice aux navires qui viennent des pays dont l'état sanitaire laisse à désirer, il est naturel que ces navires cherchent à éluder les prescriptions édictées par l'autorité sanitaire et même souvent cherchent à tromper cette autorité. Quelques infractions de ce genre ayant été commises, le médecin en chef demanda en 1872, au Gouverneur de la colonie, de vouloir bien prendre un arrêté imposant une quarantaine aux navires qui, venant d'un port contaminé, n'auraient pas fait viser leur patente par le consul de France.

Cette mesure, qui considère un navire comme suspect, par cela seul qu'il a cherché à cacher quelque chose ou qu'il a oublié sciemment telle formalité à renseigner l'autorité sanitaire est parfaitement juste en même temps que logique ; il serait à

désirer que le préjudice qui est porté à son armateur, capitaine, consignataire, pût se traduire en argent, au profit du trésor, au lieu de rester une perte d'argent improductive à tout le monde.

En 1872, le choléra ayant été signalé de nouveau dans certains pays des Antilles, à Cuba, à Saint-Thomas, par exemple, des arrêtés (16 décembre 1872, 14 février 1873) furent pris pour la surveillance des arrivages de ces divers endroits.

En janvier 1873, on parla de fièvre jaune à la Guyane, le Gouverneur de la colonie prit, sur l'avis de la commission sanitaire centrale, imposa aux provenances de cette colonie une quarantaine, qui fut levée le 8 octobre de la même année, ainsi que l'indiquent les deux arrêtés du 9 janvier et du 8 octobre.

Au moment où on signalait la fièvre jaune à la Guyane on en parlait à Rio. Aussi dans sa séance du 25 février 1873, la commission de Fort-de-France décida qu'une quarantaine de vingt-trois jours, à partir du moment du départ, serait imposée aux navires venant de Rio-Janeiro où régnait le fièvre jaune. Lorsque la traversée aurait été de plus de vingt-trois jours, ces navires devaient passer trois jours en observation, pour être aérés, fumigés et désinfectés au chlore, à l'acide phénique et au chlorure de fer; le 7 mars cette mesure fut étendue à toute la côte du Brésil.

Au commencement de la saison chaude de 1873, la variole était signalée à la Jamaïque, la Martinique songea aussitôt à s'en garantir, ainsi que l'indiquent les décisions du 3, du 7 et du 27 juin, mais ce n'était qu'une fausse alerte, de sorte que les mesures prises furent bientôt rapportées; et il est néanmoins intéressant de constater avec quelle attention la surveillance était pratiquée en matière sanitaire, et avec quelle vigilance la commission sanitaire appliquait les mesures qu'elle pensait capables de garantir la population de toute maladie contagieuse.

En juillet 1873, on soumit à une quarantaine les provenances de l'Amérique du Nord où l'on signalait le choléra, celles de Montévidéo où était la fièvre jaune; en octobre, on appliqua la même mesure aux navires venant du Havre, Honfleur, Trouville et Caen, où était le choléra, et fidèle à ses traditions d'activité, la commission sanitaire se tenait au courant de l'état de ces pays pour rapporter, aussitôt que possible, les mesures restrictives, gênantes pour le commerce, sans cependant compromettre la salubrité publique.

En 1874, nous trouvons un arrêté visant les bâtiments qui

arrivaient de la Jamaïque, qui indique la persistance de la commission sanitaire dans cette voie de vigilance prudente pour éviter toute chance de contamination (23 juin).

Cette tendance regrettable, à l'amoindrissement de l'influence du médecin en chef, que j'ai signalée à plusieurs reprises, dans le service sanitaire aboutit, le 15 août 1874, à une décision qui enlevait pour Saint-Pierre la nomination du médecin arraisonneur à son choix ou à celui de son second. Une considération étrangère au service fit placer dans les mains d'un seul titulaire des fonctions qui ne peuvent être matériellement remplies que par deux individus au moins, et si le népotisme put se féliciter à cette époque de bénéficier des prévisions du budget de la colonie, la Martinique put se considérer comme ayant à Saint-Pierre la porte ouverte à tous les dangers d'épidémie. Le service sanitaire, gravement compromis dès lors, ne put plus avoir la prétention d'exercer une protection efficace en matière de maladie contagieuse.

Cependant, malgré cette dernière disposition qui a été prise sans que l'autorité se rendît un compte bien exact des dangers qu'elle faisait courir aux pays, tout ce que j'ai rapporté jusqu'ici des décisions prises à diverses époques pour garantir la Martinique contre les maladies contagieuses venues du dehors, fait admettre, j'espère, que les questions sanitaires paraissent importantes dans la colonie. Il est assez remarquable cependant que, dans un pays où les mesures de quarantaine étaient si fréquemment employées, il n'y eût pour guider dans la pratique qu'un règlement fort laconique et manifestement incomplet. La chose s'explique très-bien cependant, ainsi que je l'ai dit déjà en commençant. En effet, dès le principe et jusqu'au moment actuel, le service sanitaire a reposé entièrement sur le médecin en chef qui a toujours indiqué, au fur et à mesure des cas qui se présentaient, les dispositions qu'il fallait prendre. La commission sanitaire ne faisait en réalité que contre-signer l'avis émis par un homme qui avait toute sa confiance, et qui d'ailleurs la méritait à tous les titres, et voilà pourquoi les choses ont pu marcher si bien pendant un temps très-long sans qu'aucune réglementation autre que l'inspiration du moment servît de guide dans l'application des mesures.

La preuve la plus saisissante que j'en puisse donner, c'est que, de 1835 à 1848, le docteur Câtel, qui a laissé à la Martinique, comme dans la médecine navale, une si grande réputation de savoir et de sagacité en matière sanitaire, et la patho-

logie exotique, exerca les fonctions de médecin en chef de la colonie et par conséquent de président de la commission sanitaire centrale. En 1848, sous l'influence de raisons que je n'ai pas à rechercher ici, cet homme éminent prit sa retraite et, séduit par la beauté du pays, par l'agréable climat des Antilles, il se fixa dans la ville de Fort-de-France où l'autorité, comme la population, lui confièrent, à l'unanimité on peut dire, les fonctions de maire de la commune.

Or, à ce nouveau titre, le docteur Câtel continuait à faire partie de la commission sanitaire, et certes, s'il en eût alors réclamé la présidence, personne au monde n'eût songé à la lui contester, n'eût trouvé même sa prétention injustifiée. Eh bien! non, le jour où il eut pris sa retraite, le docteur Câtel vint modestement s'asseoir à côté du fauteuil présidentiel de cette commission sanitaire, occupé par un de ses anciens subordonnés, beaucoup plus jeune d'âge, de grade, etc. Par conséquent, l'homme éminent qui avait commandé pendant quatorze ans dans cette assemblée n'éleva plus, pendant près de dix ans, la parole que pour éclairer le médecin en chef titulaire, avec une mesure, une déférence, dirai-je même, bien faite pour frapper d'admiration ceux qui en ont été témoins.

Sans avoir besoin d'entrer dans plus de spécifications, disons que l'époque de 1869, en même temps qu'elle était néfaste pour la colonie sous le rapport de la fièvre jaune, était fâcheuse pour l'autorité incontestée jusque-là du chef du service de santé en matière sanitaire.

Cette autorité fut attaquée sourdement ou bien ouvertement, d'autant plus efficacement même que, par un sentiment que nous ne voulons pas sonder dans ses détails, le médecin en chef sollicitait lui-même le gouverneur à prendre les décisions qui devaient amoindrir sa position. On lui enleva, ai-je dit, le droit de nommer les médecins arraisonneurs à Saint-Pierre. Il laissa dépouiller son second de la présidence de la commission sanitaire de cette ville (décembre 1868). En même temps se formait un parti occulte qui, dans un intérêt facilement reconnaissable, poussait à l'accroissement de l'autorité de la commission sanitaire au détriment de celle du chef de service de santé. Déjà, quelques-uns prévoyaient le moment où ils pourraient se disputer la succession devenue vacante du chef de service de santé de la colonie, dont la position allait se réduisant de jour en jour, et n'aurait bientôt plus été de fait que celle d'un fonctionnaire en sous-ordre dans l'administration de l'ordonnateur.

C'est alors que le manque d'un règlement se fit sentir vivement. Jusque-là, l'expérience, le savoir du médecin en chef avaient répondu à chaque demande posée par les hasards de la pratique d'une manière juste et précise; mais ceux qui aspiraient à le remplacer n'avaient ni cette expérience ni ce savoir, et ne pouvant espérer de tenir la position par le poids même de leur autorité dans la matière, ils pensèrent que si un règlement était formulé, il ne serait pas nécessaire d'être à la hauteur de la position pour l'occuper; celui auquel la faveur la donnerait pourrait, quel qu'il fût, en recueillir les bénéfices sans en avoir la charge de responsabilité.

C'est pour cela que le besoin d'avoir un règlement sanitaire fut formulé le 15 septembre 1874, et que la commission sanitaire nomma une sous-commission chargée d'élaborer le projet. Or, qui fut le rapporteur de cette sous-commission, c'est-à-dire celui qui fit tout le travail de fond? Un médecin de la marine, le docteur Salis, médecin principal, tant il est vrai que, dans les pays comme les colonies françaises, on peut trouver dans l'élément civil des aspirations, des désirs, des conseils, des idées générales sur toutes choses; mais quand il faut faire un labeur pénible, long, obscur, en même temps qu'utile, c'est à l'élément des fonctionnaires qu'il faut recourir aussitôt.

Le docteur Salis s'occupa de ce travail de règlement avec une grande attention et présenta un excellent projet qui fut discuté par la commission dans les séances du 10 et du 17 novembre 1874; mais, promu au grade supérieur, il fut rappelé en Europe avant d'avoir eu le temps de faire copier ce projet qui resta, dès ce moment, à l'état de lettre morte.

C'est là une preuve bien évidente à ajouter aux autres, s'il était besoin encore, que si l'active coopération des médecins de la marine venait à manquer un instant au service sanitaire de la Martinique, on verrait tout dans ce service rester en suspens. On serait un peu dans la situation où se trouverait une machine à vapeur dont la direction serait mise tout à coup entre les mains de gens qui n'ont jamais étudié la mécanique; ici on pourrait craindre de faire éclater la chaudière par une manœuvre intempestive; là, toutes les ignorances techniques réunies ne pourraient mettre le mécanisme en mouvement où l'arrêter suivant les besoins du moment et la pression des circonstances.

Pendant l'année 1875 on signala çà et là des maladies contagieuses et l'arrêté du 24 avril montre qu'on veilla alors, comme par le passé, car quelque pénibles à remplir que soient les

obligations du service, les médecins de la marine, comme tous les membres du département, savent faire le devoir avec zèle et intelligence, faisant taire devant la question de l'intérêt général ces questions d'amour-propre, de préséance, d'attributions qui cependant ont un retentissement si grand sur l'esprit de chacun en ce monde.

Je ne dirai pas que jamais peut-être ils ne furent plus zélés, non, ils ont été alors ni plus ni moins empressés qu'avant au bien du service, parce que, ayant dès longtemps l'habitude d'y apporter tout leur soin, ils ne peuvent faire davantage, de même qu'ils ne se ralentissent pas dans l'accomplissement de leur devoir. Et cependant jamais peut-être ces serviteurs dignes, instruits, actifs ne furent plus en butte aux tentatives faites pour amoindrir leur autorité dans le service sanitaire; c'est, par exemple, à Saint-Pierre, des décisions prises sans la coopération du médecin chargé du service, ce sont des décisions de la commission de cette ville visant des questions dont elle n'avait pas le droit de s'occuper, qui sont transmises directement à la direction de l'intérieur sans passer par le président de la commission sanitaire centrale, c'est encore bien d'autres faits sur lesquels il est inutile de s'appesantir.

En octobre 1875, lorsque j'arrivai à la Martinique pour y diriger le service de santé de la colonie, je trouvai la situation que l'on devine d'après l'exposé que je viens de faire. Je ne pouvais, d'une part, laisser la colonie exposée à d'aussi graves dangers par le fait d'une mauvaise organisation et de l'ignorance de ceux qui avaient cherché à amoindrir l'autorité du médecin en chef en matière sanitaire. D'autre part, j'avais le devoir de défendre les prérogatives du service de santé de la marine dans la colonie, contre les aspirations malsaines de ceux qui voulaient accaparer des positions qu'ils ne pouvaient pas remplir convenablement, et auxquelles ils prétendaient uniquement dans le but d'en avoir les émoluments. Aussi n'hésitai-je pas, dès les premiers moments, à appeler l'attention du Gouverneur là-dessus.

Sous l'influence de mes réclamations réitérées, une commission fut nommée pour faire un projet de règlement sanitaire. Ce projet établi, une conférence administrative, présidée par le Gouverneur lui-même, et ayant pour membres les trois chefs d'administration et le médecin en chef de la colonie, l'étudia et le discuta longuement; il en sortit, en fin de compte, le règlement suivant, qui n'est au fond que le projet que j'avais présenté au début à la commission préparatoire, en m'inspirant des idées en faveur

dans la métropole, mais qui, dans la forme, laisse considérablement à désirer, comme on peut le voir.

Qu'on me permette de rapporter une particularité bien faite pour fixer les idées d'une manière définitive sur la situation. La direction de l'intérieur avait obtenu la nomination de médecins arraisonneurs civils pour Saint-Pierre depuis plusieurs années; or, pendant que le règlement sanitaire se discutait, et que cette direction réclamait avec ardeur l'exclusion des médecins militaires à ces fonctions, on vit par deux fois un navire être mis en quarantaine. Par deux fois, le médecin civil désigné pour aller au lazaret donna sa démission, et le directeur de l'intérieur sollicita l'envoi d'un médecin de la marine, ne trouvant plus, quand il fallait aller au danger, personne de ceux qui s'étaient disputé avec tant d'âpreté le traitement de la fonction à une époque où on ne parlait pas de maladie dans les environs.

ARRÊTÉ PORTANT ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE.

Le Contre-Amiral Gouverneur de la Martinique,

Vu l'article 9 du sénatus-consulte du 3 mai 1854 réglant la constitution des colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion;

Vu l'arrêté concernant la police sanitaire dans les ports et rades de la colonie, du 15 septembre 1832;

Vu, à titre consultatif, le décret du 22 février 1876 portant organisation du service sanitaire dans la métropole;

Vu le projet de règlement élaboré par la commission spéciale nommée par décision du 5 mai 1876, ensemble les modifications qu'il a subies en conférence administrative;

Considérant qu'il importe de procéder à la révision de la législation sanitaire locale et d'y introduire les mesures en vigueur dans la métropole qui sont susceptibles d'être appliquées à la Martinique;

Sur le rapport du Directeur de l'intérieur;

De l'avis du conseil privé,

Arrête :

Article premier. La police sanitaire maritime est exercée à la Martinique, à l'égard de tous les navires, quelle que soit leur provenance.

Ils peuvent être l'objet de précautions exceptionnelles ou de mesures sanitaires spéciales, lorsque leurs conditions hygiéniques sont jugées dangereuses.

CHAPITRE PREMIER.

DES FORMALITÉS QUE SUBISSENT LES NAVIRES.

TITRE I. — De la reconnaissance et de l'arraisonnement.

Art. 2. Tout navire qui arrive à la Martinique doit, avant toute communication, être reconnu par l'autorité sanitaire.

Art. 3. La *reconnaissance* a pour objet de constater la provenance du navire et les conditions sanitaires dans lesquelles il se présente.

Elle consiste en un interrogatoire formulé à l'article 19 et dans la présentation d'une patente de santé, elle s'applique aux navires notoirement exempts de suspicion.

Art. 4. Dans les cas qui exigent un examen plus approfondi, la reconnaissance prend le nom d'arraisonnement et comporte alors, quand l'autorité sanitaire le juge nécessaire, des investigations qui sont indiquées plus loin (articles 33 et suivants).

L'arraisonnement peut motiver une inspection médicale.

Art. 5. Sont dispensés de la reconnaissance : les bateaux qui font la petite pêche sur les côtes, les embarcations de la douane ou de la direction du port, les bateaux pilotes, et en général les bateaux qui s'écartent peu du rivage et qui peuvent être reconnus à simple inspection.

TITRE II. — De la patente de santé.

Art. 6. La présentation d'une patente de santé, à l'arrivée dans la colonie, est obligatoire, en tout temps, pour les navires venant du dehors.

Art. 7. Un navire ne doit avoir qu'une seule patente de santé, délivrée au port du départ; elle doit être visée à chaque escale que fait le navire et conservée jusqu'au port de destination définitive.

Elle doit être contre-signée par le consul de France lorsqu'il y en a un au port du départ.

Art. 8. Le visa de la patente des navires, en relâche à la Martinique, est gratuitement donné à Fort-de-France par le directeur de la santé, à Saint-Pierre, par l'agent principal de la santé, et dans les autres ports par l'agent ordinaire de la santé.

Art. 9. Pour les navires partant de la Martinique, les patentes de santé sont délivrées à Fort-de-France et à Saint-Pierre seulement. Elles son signées par le directeur de la santé à Fort-de-France ou par l'agent principal à Saint-Pierre.

Elles sont délivrées gratuitement.

Elles peuvent être visées par les consuls étrangers.

Art. 10. Les patentes de santé sont conformes au modèle en usage en France : elles mentionnent l'état sanitaire du pays, le nom du navire, celui du capitaine, des renseignements exacts relatifs au tonnage, à la nature de la cargaison, à l'effectif de l'équipage, au nombre des passagers ainsi qu'à l'état hygiénique et sanitaire du bord au moment du départ.

Art. 11. La délivrance des patentes de santé se fera tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, dans un local qui sera indiqué par un avis affiché à la direction du port et aux bureaux de l'inscription maritime.

Art. 12. La patente de santé n'est valable que si elle a été délivrée dans les quarante-huit heures qui ont précédé le départ du navire.

Art. 13. La patente de santé est nette ou brute. Elle est *nette* quand elle constate l'absence de toute maladie pestilentielle dans le pays ou les pays d'où vient le navire; elle est *brute* quand la présence d'une maladie de cette nature y est signalée.

Art. 14. La patente de santé ne sera délivrée au départ, en cas de suspicion, qu'après l'accomplissement des formalités relatives à la constatation de l'état sanitaire et hygiénique du navire, de l'équipage et des passagers.

Les capitaines et patrons seront tenus de fournir à cet égard tous les renseignements et toutes les justifications qui leur seront demandés.

TITRE III. — Des mesures sanitaires à l'arrivée.

Art. 15. Tout capitaine arrivant dans un des ports de la colonie est tenu :

1° D'empêcher toute communication, tout déchargement de son navire avant que celui-ci ait été reconnu et admis à la libre pratique;

2° De se conformer aux règles de la police sanitaire, ainsi qu'aux ordres qui lui seront donnés par les autorités chargées de cette police ;

3° De produire auxdites autorités tous les papiers de bord ; de répondre, après avoir prêté serment de dire la vérité, à l'interrogatoire sanitaire, et de déclarer tous les faits, de donner tous les renseignements venus à sa connaissance pouvant intéresser la santé publique.

Art. 16. Peuvent être soumis à de semblables interrogatoires et obligés, sous serment, à de semblables déclarations, les gens de l'équipage et les passagers, toutes les fois qu'il est jugé nécessaire.

Art. 17. Le médecin embarqué, commissionné ou non, est tenu de répondre à l'interrogatoire de l'autorité sanitaire et, lorsque celle-ci le demande, de présenter par écrit un compte rendu de toutes les circonstances du voyage ayant de l'intérêt pour la santé publique.

Art. 18. Un bâtiment, quel qu'il soit, et même un canot, arrivant de l'extérieur sur un des mouillages de la colonie, est immédiatement soumis à la formalité de la reconnaissance, puis de l'arraisonnement, s'il y a lieu.

1° *De la reconnaissance des navires.*

Art. 19. Dans les cinq ports de la colonie (Fort-de-France, Saint-Pierre, le Marin, le François, la Trinité), la reconnaissance est faite par le pilote, qui ne monte à bord, pour le conduire au mouillage, que lorsque le capitaine lui a affirmé sous la foi du serment :

1° Qu'il est porteur d'une patente de santé nette;

2° Qu'il n'a point de malades et que son équipage jouit d'une bonne santé;

3° Qu'il n'a perdu personne pendant la traversée;

4° Qu'il n'existait dans le pays d'où il vient aucune maladie épidémique ou contagieuse ;

5° Enfin, qu'il n'a communiqué, depuis le départ, avec aucun bâtiment suspect.

Dans les autres localités, la reconnaissance est faite par la gendarmerie ou, à son défaut, par les agents de l'inscription maritime. Ces agents, en cas de doute, prennent les ordres de l'autorité sanitaire supérieure.

Art. 20. Tout bâtiment arrivant muni d'une patente nette, qui n'aura eu en mer ni accident, ni communications de nature suspecte et qui se présentera dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, sera immédiatement admis en libre pratique, à moins que le médecin arraisonneur n'ait de sérieux motifs pour contester la sincérité de la teneur de la patente de santé ou des déclarations du capitaine.

2° *Des navires suspects.*

Art. 21. Le navire qui ne répond pas d'une manière satisfaisante aux questions posées par l'agent chargé de la reconnaissance est considéré comme suspect.

Art. 22. Toute patente raturée ou surchargée sera considérée comme nulle et placera le navire dans la catégorie des suspects, sans préjudice des poursuites qui pourraient être exercées contre les auteurs de ces altérations.

Art. 23. Tout navire qui arrive du dehors sans être muni d'une patente de santé peut, et selon les instructions du directeur de la santé, même au cas où il n'aurait pas de malades et alors qu'il n'est question d'aucune maladie épidémique ou contagieuse, être mis en observation de trois jours, et dirigé sur le port ouvert le plus proche, muni d'un agent sanitaire ordinaire, pour être soumis à l'arraisonnement; il peut être, en conséquence, considéré comme s'il était porteur d'une patente brute de la maladie entraînant les mesures sanitaires les plus rigoureuses.

Art. 24. Tout navire venant d'un pays où est un consul de France et ne s'étant pas muni de son visa, pourra être mis en observation pour trois jours, même en temps où il n'y a aucun soupçon de maladie contagieuse vis-à-vis de ce pays.

Art. 25. Dans le cas, au contraire, où à la Martinique on aurait de fortes présomptions pour croire qu'il existe dans un pays une maladie épidémique ou contagieuse, le navire muni d'une patente, même nette, visée ou non par le consul de France, pourra être traité comme s'il était porteur d'une patente brute. Dans ce cas, cette décision sera prise par le Gouverneur.

Art. 26. Les cas douteux, les renseignements contradictoires, seront toujours interprétés dans le sens de la plus grande prudence; dans ce cas, le bâtiment devra être provisoirement tenu en réserve.

Art. 27. Les cas de force majeure ainsi que la perte fortuite de la patente seront appréciés par l'autorité sanitaire.

Art. 28. Tout bâtiment à bord duquel il y aura eu, pendant la traversée,

un cas de maladie réputée importable et transmissible, sera de droit, quelle que soit sa patente, considéré comme ayant patente brute.

Art. 29. Si le navire, quoique muni de patente nette et n'ayant eu, pendant la traversée, aucun cas de maladie, se trouvait par la nature de sa cargaison, par son état d'encombrement ou d'infection, dans des conditions à faire craindre pour la santé publique, le navire pourra être tenu en réserve jusqu'à ce qu'il ait été statué par l'autorité sanitaire.

La décision devra être rendue dans les vingt-quatre heures.

Art. 30. Selon les conditions de salubrité du navire, l'autorité sanitaire pourra, si elle le juge convenable, ordonner comme mesure d'hygiène :

Le bain et autres soins corporels pour les hommes de l'équipage;

Le déplacement des marchandises à bord;

L'incinération ou la submersion, à distance dans la mer, des substances alimentaires et des boissons gâtées ou avariées, ainsi que des marchandises de nature organique fermentées ou corrompues;

Le lavage du linge et des vêtements de l'équipage;

Le nettoyage de la cale; l'évacuation complète des eaux et la désinfection de la sentine; l'aération de tout le bâtiment et la ventilation de ses parties profondes au moyen de la manche à vent et de tout autre moyen;

Les fumigations chloriques ou phéniquées.

Art. 31. Tout navire suspect sera, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, l'objet d'une décision de l'autorité sanitaire, le mettant en libre pratique ou lui imposant telle mesure sanitaire jugée nécessaire.

Art. 32. Tout navire suspect est conduit, par les soins du pilote, à un mouillage déterminé par le capitaine de port, qui veillera à ce que ce navire tienne arboré à son mât de misaine un pavillon jaune jusqu'à ce que le médecin arraisonneur l'ait arraisonné.

3° *De l'arraisonnement des navires.*

Art. 33. A Fort-de-France et à Saint-Pierre, l'arraisonnement des navires est fait : 1° par le médecin arraisonneur, lorsqu'il s'agit des navires au long cours, des paquebots et des navires de guerre; 2° par un pilote de la direction du port ou par la douane, lorsqu'il s'agit d'un caboteur ou d'une embarcation et que l'on n'est pas à une époque où toutes les provenances du dehors sont arraisonnées par un médecin.

Art. 34. Au Marin, au François et à la Trinité, l'arraisonnement est fait par l'agent ordinaire de la santé.

Art. 35. Les navires arrivés après six heures du soir ne sont arraisonnés que le lendemain matin à six heures.

Toutefois, les bâtiments de guerre et paquebots français ou étrangers sont arraisonnés dès qu'ils sont arrivés sur rade, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit.

Art. 36. Les questions suivantes, conformes aux règles établies dans la métropole, sont adressées par le médecin arraisonneur au capitaine, qui est tenu d'y répondre sous la foi du serment :

1° D'où venez-vous?

2° Avez-vous une patente de santé?

3° Quels sont vos noms, prénoms et qualités?

4° Quel est le nom, le pavillon et le tonnage de votre navire?

5° De quoi se compose votre cargaison?

6° Quel jour êtes-vous parti?

7e Quel était l'état de la santé publique à l'époque de votre départ?

8° Avez-vous le même nombre d'hommes que vous aviez à votre départ, et sont-ce les mêmes hommes?

9° Avez-vous eu pendant votre séjour, pendant la traversée, des maladies à bord? en avez-vous actuellement?

10° Est-il mort quelqu'un pendant votre séjour, soit à bord, soit à terre, ou pendant votre traversée?

11° Avez-vous relâché quelque part? où? à quelle époque?

12° Avez-vous eu quelques communications pendant la traversée? n'avez-vous recueilli personne en mer?

NOTA. Dans la pratique, cet interrogatoire peut être abrégé pour les navires venant des ports français ou de pays notoirement sains, en temps où la santé publique ne laisse rien à désirer.

Art. 37. Dans les cas de suspicion, il peut être fait, indépendamment des questions ci-dessus spécifiées, toutes les autres interrogations jugées nécessaires et de nature à éclairer sur les conditions sanitaires du navire, es cas de maladies ou de morts observés pendant la traversée. L'exhibition du rôle de l'équipage et des passagers ainsi que tous les documents qui permettent de contrôler le nombre des personnes présentes à bord au moment de l'arrivée peuvent être exigés.

Art. 38. D'après les réponses qu'il a obtenues et les consignes qu'il a reçues, le médecin arraisonneur donne la libre pratique au navire ou le met en quarantaine provisoire.

Art. 39. Lorsque le cas l'exige, il peut être ordonné au navire de se tenir au large jusqu'à ce que l'autorité sanitaire supérieure ait statué sur les mesures à prendre.

Art. 40. A Saint-Pierre, au Marin, au François et à la Trinité, qui n'ont pas de lazaret, un navire qui n'aurait pas de malade à bord peut être autorisé, sur sa demande, à rester au mouillage dans un lieu isolé.

S'il y a des malades à bord, il sera dirigé sur Fort-de-France, à la disposition de l'autorité sanitaire.

Art. 41. Une décision du Gouverneur pourra prescrire, en temps d'épidémie ou en vue de garantir l'île contre l'introduction d'une maladie contagieuse, à tous les navires arrivant du dehors, de venir se faire arraisonner à Fort-de-France.

CHAPITRE II.

DES QUARANTAINES ET ASSAINISSEMENTS.

TITRE I. — Des mesures de quarantaine.

Art. 42. Tout navire qui inspire des craintes à l'autorité sanitaire, au point de vue de la salubrité publique, est mis en quarantaine.

Art. 43. Tout navire qui arrive avec une patente brute est, de droit, déclaré en quarantaine.

Art. 44. La durée de la quarantaine peut être différente, pour les passagers, pour le chargement et pour le navire.

A bord des navires qui sont dans ces conditions, l'équipage reste en quarantaine tant que le bâtiment n'a pas été déchargé et assaini.

Art. 45. Un bâtiment aura toujours le droit de reprendre la mer, soit avant d'avoir commencé sa quarantaine, soit en cours de quarantaine.

Art. 46. Cette faculté sera pleine et entière pour les navires étrangers; les navires français ne pourront en user que dans le cas où ils n'auront pas de malades atteints d'une affection épidémique ou contagieuse; dans ce dernier cas, ils seront obligés de débarquer leurs malades au lazaret avant de reprendre la mer.

Art. 47. Un bâtiment français ne pourra reprendre la mer, lorsqu'il n'a à bord que des malades ordinaires, qu'après, toutefois, que l'autorité sanitaire se sera assurée que les malades pourront être soignés convenablement pendant le reste de la navigation.

Art. 48. Tout navire qui n'est pas à destination de la colonie, ayant ou non des malades à bord, qui viendrait d'un pays contaminé, dans le seul but de purger une quarantaine au lazaret de la Pointe-du-Bout, peut être repoussé sur la décision du Gouverneur.

Art. 49. La quarantaine se distingue en quarantaine *d'observation* et en quarantaine de *rigueur*.

1° *De la quarantaine d'observation.*

Art. 50. La quarantaine d'observation consiste à tenir en observation, pendant un temps déterminé, le bâtiment, l'équipage et les passsagers; elle n'entraîne pas nécessairement le déchargement des marchandises, ni les mesures de désinfection; l'autorité sanitaire reste toujours juge de les ordonner quand elle le trouve nécessaire.

Art. 51. La quarantaine d'observation peut se faire sur rade de Fort-de-France ou de Saint-Pierre, du Marin, du François, ou de la Trinité, à une place particulière désignée au navire par le capitaine de port.

Art. 52. Tout navire en quarantaine d'observation reçoit un garde sanitaire à bord.

Art. 53. La quarantaine d'observation datera, pour les navires et tout

ce qui se trouve à bord, de l'instant où un garde de santé aura été mis à bord.

Art. 54. Si pendant la durée d'une quarantaine d'observation, et quel que soit le point auquel elle est parvenue, il se manifeste un cas d'une des affections contagieuses, la quarantaine recommencera.

Art. 55. Toute quarantaine d'observation pourra être convertie en quarantaine de rigueur.

Art. 56. Si la désinfection du navire et des marchandises est jugée nécessaire, on y procède comme dans la quarantaine de rigueur.

2° *De la quarantaine de rigueur.*

Art. 57. La quarantaine de rigueur se fait au lazaret de la pointe du Bout, et exceptionnellement, à tel mouillage isolé qui est indiqué par l'autorité sanitaire.

La quarantaine de rigueur peut entraîner le débarquement au lazaret des passagers et des personnes inutiles à bord; elle peut comporter le déchargement du navire soit au lazaret, soit sur des alléges, avec les purifications convenables; elle oblige à toutes les mesures de désinfection que l'autorité sanitaire croira utile d'ordonner.

Art. 58. La quarantaine de rigueur date du moment où les marchandises, les locaux, cale, postes de couchage, etc., etc., et les effets ont été épurés, et non du moment où la mesure est prescrite. Pour les passagers, elle date de leur entrée au lazaret.

Art. 59. Si un cas de maladie épidémique ou contagieuse se déclarait pendant la quarantaine à bord d'un navire, le malade serait immédiatement transporté au lazaret et la quarantaine recommencerait pour le navire du moment de l'épuration qui suivra le débarquement du malade.

Art. 60. Tout navire n'ayant pas de patente pourra être considéré, suivant le cas, comme ayant une patente brute et traité en conséquence.

Art. 61. Tout navire en patente nette, à bord duquel il y aurait eu pendant la traversée un ou plusieurs cas de maladie contagieuse, sera, de droit, considéré comme ayant une patente brute et traité en conséquence.

Les cas douteux, les renseignements contradictoires, seront toujours interprétés dans le sens de la plus grande prudence.

Art. 62. Un navire qui arrive en patente brute d'une maladie contagieuse ou épidémique peut être dans un des cas suivants :

A. Patente brute, n'ayant pas eu de malades dans le pays où régnait la maladie; n'ayant pas eu de malades ni de morts pendant la traversée; étant sur lest.

B. Même cas que précédemment, avec chargement, en tout ou partie, destiné à la Martinique ou devant y être complété.

C. Patente brute, le navire ayant eu des malades ou morts dans le pays où régnait la maladie; n'ayant pas eu de malades ni de morts pendant la traversée; étant sur lest.

D. Même cas qu'en B, avec chargement.

E. Patente brute, malades ou morts pendant la traversée, sur lest.

F. Mêmes conditions qu'en E, avec chargement.

Dans chacune des catégories précédentes, il peut y avoir ou non des passagers.

Art. 63. A. Le navire arrivant en patente brute, n'ayant eu ni malades ni morts de maladie contagieuse soit dans le port, soit pendant la traversée, et, étant sur lest, sera mis en observation. Cette observation sera de trois à dix-neuf jours, suivant la durée de la traversée et de manière à compléter, s'il est nécessaire, une période de vingt-trois jours depuis le départ du point contaminé, en comptant le temps de la traversée. C'est-à-dire que, si le navire a passé seize jours à la mer, il n'aura que sept jours d'observation à faire. S'il y a plus de vingt-trois jours qu'il a quitté le lieu contaminé, et quelle qu'ait été la durée de sa traversée, il sera en observation pendant trois jours, temps qui sera employé au lavage à grande eau, des effets de corps et de couchage de l'équipage et des passagers; au lavage à la potasse ou au blanchiment à la chaux des logements du navire.

Art. 64. B. Navire dans les mêmes conditions, mais ayant un chargement destiné, en tout ou partie, à la Matiniqne, ou bien devant y être complété:

Mêmes conditions d'observation que précédemment, mêmes lavages des effets de corps, de couchage, des logements.

Les marchandises débarquées seront soumises à l'assainissement n° 1, 2 ou 3, suivant leur nature, avant d'être introduites dans la colonie.

Art. 65. C. Navire ayant une patente brute, ayant eu des malades ou des morts dans le pays, pas de malades dans la traversée, sur lest:

Trois à neuf jours de quarantaine, quelle que soit la durée de la traversée, quand la guérison ou la mort remonte à plus de vingt-trois jours.

Ces jours comptent à partir du moment où les effets à usage ou à couchage des hommes de l'équipage auront été lavés à grande eau, puis assainis au n° 3, et que les logements auront été lavés à la potasse ou blanchis à la chaux ou à l'acide phénique.

Le médecin arraisonneur devra, sans communiquer avec le navire, s'assurer, dans ce cas, que les gardes sanitaires ont rigoureusement veillé à l'emploi bien sévère des moyens de désinfection.

Art. 66. D. Mêmes cas qui précèdent, avec chargement pour la Martinique : mêmes mesures pour les hommes; assainissement n° 2 des colis composant le chargement.

Art. 67. E. Navire en patente brute ayant eu des malades ou des morts pendant la traversée, sur lest.

Plusieurs cas peuvent se présenter : ou il y a, ou non, des malades à bord au moment de l'arrivée; on a jeté, ou non, les effets de corps et de couchage des décédés.

S'il n'y a pas de malades à bord au moment de l'arrivée et si les vêtements ainsi que les effets de couchage des morts ont été jetés à l'eau : mesures d'assainissement des effets et des locaux comme précédemment, et le navire ne sera mis en libre pratique que sept, neuf, douze, quinze ou dix-neuf jours après, de manière à ce que, dans tous les cas, il se soit

écoulé vingt-trois jours au moins entre l'admission dans l'île et la date du dernier décès.

S'il n'y a eu que des malades pendant la traversée et qu'ils soient guéris au moment de l'arrivée, le médecin visiteur les fera paraître devant lui pour déterminer, à distance, à quel degré de convalescence ils se trouvent, et la quarantaine sera fixée de manière à ce qu'il se soit écoulé vingt-trois jours depuis la convalescence assurée, c'est-à-dire le moment où le sujet peut se promener quelques instants et rester levé tout le jour sans fatigue, et l'admission en libre pratique.

S'il y a des malades à bord au moment de l'arrivée, ces malades seront mis au lazaret et désormais les communications seront interrompues entre le navire et eux.

Le navire fera aussitôt les purifications nécessaires, et, lorsqu'il n'aura pas eu de nouvelles atteintes depuis vingt-trois jours, il sera mis en libre pratique.

Les malades seront mis en libre pratique après vingt-trois jours pleins de convalescence.

Dans tous les cas, les effets à couchage des hommes et leurs vêtements seront assainis au n° 3.

Art. 68. F. Mêmes conditions qu'en E, avec chargement pour la Martinique.

Mêmes mesures que précédemment pour les hommes et les logements.

Assainissement n° 2 et n° 3, suivant la nature du chargement.

Art. 69. Pour les cas non prévus par le présent règlement, les autorités sanitaires auront droit, en présence d'un danger imminent et en dehors de toute prévision, de prescrire, sous leur responsabilité, toutes mesures qu'elles jugeront utiles pour le maintien de la santé publique.

TITRE II. — Des assainissements.

Assainissement n° 1.

Art. 70. L'assainissement n° 1 consiste à projeter un lait de chlorure de chaux au dixième, ou une solution d'acide phénique au centième, sur toutes les parties accessibles à la vue, quand on ouvre les panneaux de chargement.

On doit consommer dix à vingt litres de liquide chloruré, trente à cinquante litres de solution phéniquée, et lorsqu'on a suffisamment aspergé les parties accessibles à la vue quand on ouvre les panneaux, la pompe de cale est franchie et ensuite on fait arriver dans la cale, en le versant dans la pompe, ou par un autre moyen, ce qui reste de liquide désinfectant.

Assainissement n° 2.

Art. 71. L'assainissement n° 2 consiste à badigeonner, à l'aide d'un balai largement imprégné dans les solutions précédentes, les caisses, sacs ou ballots du chargement. Ce badigeonnage se fait pour les colis pris un à

un lorsqu'ils sont montés sur le pont ou débarqués sur une gabare, ou bien encore mis sur une portion réservée du quai. Il doit porter sur toutes les faces de manière à ce que toute la surface soit en contact avec l'agent de désinfection. Tandis que dix ou vingt litres de liquide chloruré pouvaient désinfecter un chargement entier dans l'assainissement précédent, il en faut six ou dix fois plus, et même davantage, on le comprend, suivant le nombre des colis dans l'assainissement n° 2.

Assainissement n° 3.

Art. 72. L'assainissement n° 3 n'est, en somme, que l'extension du n° 2 aux objets déballés et exposés au grand air. Cet assainissement n° 3 se fait autant que possible sans détériorer ces objets. Il se pratique au lazaret et non sur les quais du débarquement.

Les objets soumis à cet assainissement doivent, en outre, passer vingt-quatre heures exposés au grand air avant d'être introduits en libre pratique.

CHAPITRE III

DES NAVIRES CHARGÉS D'ANIMAUX

Art. 73. Lorsque les bâtiments auront des animaux vivants à bord, composant tout ou partie de leur cargaison, ces animaux ne seront débarqués qu'après la visite du vétérinaire du gouvernement.

Art. 74. Dans le cas de suspicion, les animaux subiront une quarantaine d'observation de trois à cinq jours, pendant laquelle on prendra telle mesure qui paraîtra convenable à l'autorité sanitaire.

Art. 75. La durée de cette quarantaine peut être prolongée autant que le directeur de la santé le jugera nécessaire.

Dans ce cas, chaque prolongation n'excédera pas cinq jours, à l'expiration desquels la commission sanitaire se réunira pour examiner la situation sanitaire de ces animaux dont le directeur de la santé lui fera part.

Art. 76. Toute cargaison de gros bétail provenant d'un pays où la péripneumonie contagieuse règne, sera repoussée.

Art. 77. Toute cargaison qui présentera un seul cas de morve sera refusée.

La commission sanitaire de Fort-de-France pourra aussi refuser l'entrée de l'île aux animaux atteints de telle maladie qui lui paraîtra de nature à compromettre trop dangereusement les intérêts de la colonie.

Dans le cas où pareille décision sera prise, elle sera portée aussitôt à la connaissance du public pour que le commerce et les propriétaires éprouvent le moins de dommage possible.

Art. 78. Les cargaisons d'animaux supposés atteints de maladies réputées contagieuses, autres que la morve ou telle maladie pour laquelle on aura pris cette résolution de ne pas recevoir les animaux dans l'île, seront mises en quarantaine dans un lieu isolé désigné par l'autorité.

Cette quarantaine sera de quinze à trente jours, pendant lesquels le vétérinaire fera, si c'est nécessaire, des visites journalières.

Art. 79. La clavelée, qui se déclare chez les moutons et les chèvres, donnera lieu à une quarantaine d'observation de cinq à neuf jours, pendant laquelle les animaux atteints seront immédiatement abattus et la quarantaine recommencera du moment de l'abattage.

Art. 80. Les mesures de purification du navire qui aura apporté des animaux bien portants ou malades, seront prises ainsi que l'indiquera le directeur de la santé.

Art. 81. Tout chargement d'animaux à débarquer, après quarantaine d'observation ou de rigueur, sera précédé de la visite d'un vétérinaire du gouvernement, et le débarquement ne se fera qu'au vu du certificat délivré par ce vétérinaire et contre-signé du directeur de la santé.

CHAPITRE IV

DU LAZARET

Art. 82. Il y a à la Martinique un lazaret établi au lieu dit la Pointe-du-Bout pour la purge des quarantaines et la désinfection des marchandises réputées suspectes.

En cas d'insuffisance du lazaret, une décision spéciale du gouvernement indiquera les locaux à mettre à la disposition des autorités sanitaires.

Art. 83. Le lazaret et tous les endroits réservés, affectés à la quarantaine des navires, sont placés sous l'autorité immédiate du directeur de la santé, pour ce qui concerne le service sanitaire seulement.

Art. 84. Il est interdit à toute personne, quelle qu'elle soit, de se mettre en communication directe avec les personnes ou les choses qui sont en quarantaine.

Art. 85. — Le lazaret de la Pointe-du-Bout et les annexes ont un règlement intérieur auquel sont astreints rigoureusement tous les individus et marchandises qui sont en quarantaine.

Art. 86. Les quarantenaires sont traités pour la nourriture et le logement d'après les fixations du règlement du lazaret.

Ils payent la nourriture au prix du tarif établi par l'administration et affiché dans l'établissement.

Art. 87. Les visites réglementaires du médecin du lazaret sont gratuites.

Les meubles et les objets de première nécessité à l'usage des quarantenaires leur sont fournis gratuitement par l'administration.

Art. 88. Les personnes qui voudront une nourriture exceptionnelle et des objets de couchage plus confortables, pourront se les procurer à leurs frais, en se conformant aux règles du service sanitaire.

Art. 89. Les indigents, les enfants au-dessous de sept ans, et les indigents embarqués aux frais du gouvernement ou d'office sont traités et nourris gratuitement.

CHAPITRE V

DES DROITS SANITAIRES

Art. 90. — Les droits sanitaires sont ainsi fixés, savoir :

0 fr. 15 c. par tonneau de jauge sur tous les navires sans distinction de nationalité.

Sont exemptés de ces droits :

Les navires de guerre et ceux en relâche forcée qui reprendraient la mer sans avoir effectué aucun chargement ni déchargement de marchandises ;

Les paquebots faisant le service postal ;

Les caboteurs de commune en commune de l'île, et, en général, tout navire dispensé de se munir de patente.

Les navires qui font escale, sur la même rade, plus d'une fois par mois, pourront contracter des abonnements, à raison de 50 francs par mois.

CHAPITRE V

DES AUTORITÉS SANITAIRES

Art. 91. La police sanitaire est placée dans les attributions du directeur de l'intérieur.

Elle est exercée, sous sa haute direction : 1° par des agents sanitaires, dont les attributions respectives sont ci-après déterminés.

TITRE. — Des agents sanitaires.

Art. 92. Les agents sanitaires sont :

1° Le directeur de la santé ;

2° Un agent principal ;

3° Les médecins arraisonneurs ;

4° Les agents ordinaires de la santé ;

5° Les gardes sanitaires ;

6° Le médecin sanitaire du lazaret ;

7° Le gardien du lazaret.

Art. 93. Lorsqu'on aura recours, pour l'organisation de ce service, aux médecins ou agents de la marine, le directeur de l'intérieur devra, préalablement, prendre l'agrément de l'ordonnateur.

1° *Du directeur de la santé.*

Art. 94. Le directeur de la santé est toujours un docteur en médecine. Il est nommé par le gouverneur, sur la présentation du directeur de l'intérieur.

Il réside à Fort-de-France.

Art. 95. Chargé de la direction et de l'inspection du service sanitaire de la colonie, il veille à l'exécution des lois, arrêtés et règlements sur le service sanitaire.

Il signale au directeur de l'intérieur toutes les particularités qui se présentent, proposant, à mesure des besoins, les dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement des règlements sanitaires.

Art. 96. Il prend, sous sa responsabilité, toutes les mesures sanitaires urgentes et donne pour cela, à l'agent principal à Saint-Pierre et aux autres agents sanitaires, tous les ordres qu'il croit utiles, sauf à en référer de suite au directeur de l'intérieur.

Art. 97. Le personnel sanitaire est directement placé sous ses ordres. Il propose au directeur de l'intérieur toutes les mutations de ce personnel.

Il reçoit directement les communications, avis ou rapports des agents sanitaires, et informe le directeur de l'intérieur des faits saillants intéressant la santé publique.

Art. 98. Il a entrée aux séances de la commission sanitaire de Fort-de-France. Les avis et délibérations des commissions sanitaires lui sont transmis par le directeur de l'intérieur.

Art. 99. Il délivre ou vise la patente de santé des navires partant de Fort-de-France, et donne ses instructions dans les autres ports de la colonie pour la délivrance et le visa des patentes de santé.

2° *De l'agent principal.*

Art. 100. L'agent principal est un docteur en médecine. Il réside à Saint-Pierre, où il est le second et le représentant du directeur de la santé.

Il est nommé par le gouverneur, sur la proposition du directeur de l'intérieur et après avis du directeur de la santé.

Art. 101. Il assure le service sanitaire de l'arrondissement de Saint-Pierre. Il prend, en cas d'urgence et sous sa responsabilité, toutes les mesures sanitaires nécessaires dans cet arrondissement, sauf à en rendre compte aussitôt à son chef direct, avec lequel il est en relations fréquentes pour le tenir au courant de tout ce qui touche le service. Il le prévient aussitôt de tout ce qu'il a constaté, observé ou appris touchant l'état sanitaire extérieur de la colonie.

Art. 102. Il a entrée aux séances de la commission sanitaire de Saint-Pierre.

Art. 103. Il délivre ou vise la patente de santé des navires partant de Saint-Pierre, suivant les instructions qui lui sont données par le directeur de la santé.

3° *Des médecins arraisonneurs.*

Art. 104. Dans chacun des ports de Fort-de-France et de Saint-Pierre, le service de l'arraisonnement des navires est fait par deux médecins.

Ils sont nommés par le gouverneur sur la proposition du directeur de l'intérieur et après avis du directeur de la santé.

Art. 105. Les médecins arraisonneurs font alternativement leur service d'arraisonnement des navires par semaine.

Art. 106. Les médecins arraisonneurs sont prévenus par la direction du port aussitôt qu'un navire est signalé ; ils se rendent le long du bord pour l'arraisonnement avant que les navires aient effectué leur mouillage définitif sur la rade, lorsque l'arrivée a lieu après six heures du matin et avant six heures du soir.

Toutefois, les bâtiments de guerre et paquebots français ou étrangers doivent être arraisonnés dès leur arrivée sur rade et quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit.

Art. 107. Lorsque le médecin arraisonneur met un navire en quarantaine provisoire, il prévient la direction du port, puis il en informe aussitôt, à Fort-de-France, le directeur de la santé, et, à Saint-Pierre, l'agent principal.

Art. 108. Les médecins arraisonneurs se tiennent, autant qu'ils le peuvent, au courant de l'état sanitaire extérieur et font aussitôt part à leur chef direct de tout ce qu'ils ont appris relativement à la santé publique.

4° *Des agents ordinaires de la santé.*

Art. 109. Dans les bourgs du Marin, du François et de la Trinité, il y a un agent ordinaire de la santé nommé par le directeur de l'intérieur et chargé d'arraisonner les navires et de viser la patente de santé. En cas d'absence, ou à défaut, ce service sera confié aux agents de la douane.

Art. 110. Dans les autres bourgs du littoral, le maire ou son délégué est chargé du service sanitaire et de veiller à l'exécution des règlements sur la matière.

Art. 111. Les maires et tous les agents sanitaires assurent le service d'après les instructions qui leur sont transmises par le directeur de la santé ou l'agent principal à Saint-Pierre, suivant l'arrondissement auquel ils appartiennent. Ils rendent compte directement à ces fonctionnaires de tout ce qui intéresse le service dans leur circonscription.

5° *Des gardes sanitaires.*

Art. 112. Les gardes sanitaires sont nommés par le directeur de l'intérieur. Ils prêtent serment devant le tribunal de première instance.

Ils sont subordonnés au directeur et au gardien du lazaret quand ils sont dans cet établissement, au medecin arraisonneur, au directeur de la santé, à l'agent principal à Saint-Pierre, dans tous les autres cas.

Art. 113. Les gardes sanitaires sont chargés d'exercer la police sanitaire dans le lazaret et les lieux où se fait provisoirement la quarantaine, c'est-à-dire, sur les rades de Fort-de-France, de Saint-Pierre, du lazaret, etc. Ils veillent à l'exécution, à bord des navires, des mesures sanitaires et de précautions prescrites par l'autorité sanitaire.

Art. 114. Ils s'opposent à toute communication entre les individus mis en quarantaine et le dehors ; empêchent tout individu étranger à la qua-

rantaine d'approcher des lieux d'isolation au delà des limites fixées par le règlement.

Art. 115. Ils saisissent immédiatement et mettent en quarantaine quiconque aurait communiqué avec les quarantenaires.

Art. 116. Ils rendent compte de tout ce qu'ils peuvent apprendre d'intéressant au point de vue sanitaire à leur chef direct.

6° *Du directeur du lazaret.*

Art. 117. La police supérieure et l'administration du lazaret est exercée par un médecin.

Il réside au lazaret.

Il est nommé par le gouverneur sur la proposition du directeur de l'intérieur et après avis du directeur de la santé.

Art. 118. Il est chargé de visiter et de soigner gratuitement les quarantenaires, constater leur état de santé à l'expiration de la quarantaine et de veiller à l'exacte exécution de toutes les mesures sanitaires prescrites. Il a sous ses ordres le gardien et tous les agents attachés au lazaret; il correspond directement avec la direction du port pour ce qui concerne l'administration du lazaret, et avec le directeur de la santé pour la partie médicale et sanitaire de l'établissement.

7° *Du gardien du lazaret.*

Art. 119. Le gardien du lazaret réside dans l'établissement. Il est nommé par le directeur de l'intérieur.

Art. 120. Il est subordonné au médecin directeur du lazaret; il est, en outre, garde sanitaire et a sous ses ordres les gardes sanitaires en service au lazaret.

Il est soumis à toutes les obligalions des gardes sanitaires.

TITRE II. — Des commissions sanitaires.

Art. 121. Il y a, pour chaque arrondissement de Fort-de-France et de Saint-Pierre, une commission sanitaire.

Ces commissions représentent les intérêts locaux; elles exercent une surveillance générale sur le service sanitaire de leur arrondissement. Elles ont pour mission d'éclairer la direction sanitaire sur les questions qui intéressent spécialement leur ressort, de lui donner des avis sur les mesures à prendre en cas d'invasion ou de menace d'une maladie pestilentielle, de veiller à l'exécution des règlements sanitaires, et, au besoin, de signaler les infractions ou omissions.

Art. 122. Elles sont consultées, en cas de difficultés, sur les mesures qu'il convient de prendre, dans les limites tracées par les règlements, à l'égard d'un navire mis en quarantaine; sur les questions relatives au régime intérieur du lazaret, au choix des emplacements affectés aux navires en quarantaine, aux mesures extraordinaires à prendre; enfin, sur les plans et projets de construction à faire au lazaret.

Art. 123. Elles proposent au directeur de l'intérieur les changements ou additions à introduire dans les règlements concernant le service sanitaire de leur arrondissement.

Art. 124. Les commissions sanitaires sont informées par le directeur de la santé, à Fort-de-France, et par l'agent principal, à Saint-Pierre, de toutes les mesures sanitaires qui sont appliquées dans la colonie pour la prémunir contre l'introduction des maladies pestilentielles. Elles donnent leur avis sur l'opportunité de ces mesures.

Art. 125. En cas de dissidence entre les agents de la santé et la commission sanitaire, il en est immédiatement référé au gouverneur, par voie hiérarchique.

Art. 126. Les commissions sanitaires sont composées de la manière suivante :

1° Le maire, président ;

2° Le commandant des troupes ou un officier délégué par lui ;

3°-4° Deux membres du conseil de santé ;

5° Le commissaire de l'inscription maritime ;

6° Le capitaine du port ;

7° Le chef de service de la douane ou son délégué ;

8° Le vétérinaire du gouvernement, et en cas d'empêchement, le vétérinaire communal ;

9° Un médecin civil,
10° Un pharmacien civil,
11°-12° Deux conseillers municipaux, } élus pour un an par le conseil municipal ;

13°-14° Deux négociants, } élus pour un an par la chambre de commerce ;

15° L'interprète du gouvernement, secrétaire, avec voie consultative seulement.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Les membres électifs sont indéfiniment rééligibles.

Art. 127. Le directeur de la santé, à Fort-de-France, l'agent principal à Saint-Pierre, ont entrée aux séances de la commission sanitaire.

Ils sont entendus quand ils le demandent ; leur opinion est inscrite au procès-verbal, s'ils le jugent utile.

Art. 128. Il est dressé procès-verbal de chaque séance. Le nom des membres qui prennent la parole pourra y être mentionné.

Copie de chaque procès-verbal est adressée, pour être approuvée, s'il y a lieu, au directeur de l'intérieur qui la transmet pour la suite au directeur de la santé.

Art. 129. La commission sanitaire ne peut valablement délibérer qu'autant qu'il y a sept membres présents, non compris le secrétaire.

Art. 130. Un local sera mis à la disposition de la commission soit par la mairie, la douane, ou la chambre de commerce. Ce local sera, autant que possible, à proximité du port et toujours le même.

Art. 131. La commission sanitaire doit être constamment maintenue au complet.

Elle se réunit en session ordinaire dans le premier mois de chaque trimestre sur la convocation de son président.

Elle est, en outre, convoquée, toutes les fois que les circonstances l'exigent, avec l'autorisation du directeur de l'intérieur.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 132. A l'expiration de la quarantaine imposée, l'admission à la libre pratique sera précédée de la visite du bâtiment, toutes les fois que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

Art. 133. Pour faciliter l'application des mesures sanitaires, les marchandises seront rangées en trois classes.

La première comprendra tous les objets qui doivent être soumis à une quarantaine obligatoire et aux purifications, savoir :

Les hardes et effets à usage, les drilles et chiffons, les cuirs et peaux, les plumes, crins et débris des animaux en général, enfin la laine et les matières de soie.

Dans la deuxième seront compris les objets assujettis à une quarantaine facultative, savoir :

Le coton, le lin, le chanvre non tissés.

Composeront la troisième et seront exempts des mesures quarantenaires, les objets et marchandises quelconques qui ne rentrent pas dans les deux premières.

Art. 134. Dans tous les cas de patente brute, les lettres et papiers seront soumis aux purifications d'usage.

Art. 135. Les substances animales ou végétales en putréfaction ne pourront jamais être reçues au lazaret; mais elles seront brûlées ou jetées à la mer, après décision de l'autorité sanitaire et avis de la commission sanitaire de la localité approuvé par le gouverneur.

Art. 136. En cas d'infection notoire, de malpropreté ou d'altération, les marchandises, en général, pourront être soumises à tel moyen de purification que l'autorité sanitaire jugera nécessaire.

Art. 137. Aussitôt que les marchandises seront purifiées, elles seront séparées de celles qui ne le sont pas et placées, à cet effet, dans un autre local.

Art. 138. Les chambres de commerce, les capitaines et patrons de navires arrivant du dehors, et généralement toutes les personnes ayant des renseignements de nature à intéresser la santé publique, sont invités à les communiquer aux autorités sanitaires.

Art. 139. Tous les dépositaires et agents de l'autorité et de la force publique, qui seraient avertis d'infractions aux lois et règlements sanitaires, sont tenus d'employer les moyens en leur pouvoir pour y mettre fin, pour en arrêter les effets et pour en amener la répression.

Art. 140. Les contraventions au présent arrêté seront punies de 1 à 15

francs d'amende et de 1 à 5 jours d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, l'emprisonnement sera toujours prononcé.

Art. 141. Sont abrogés tous les règlements de police sanitaire maritime antérieurs au présent règlement.

Art. 142. Le directeur de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Moniteur* local et au *Bulletin officiel* de la colonie, et enregistré où il sera nécessaire.

Fort-de-France, le 15 février 1877.

Dans ma situation de membre en activité d'un corps militaire, il m'est interdit de donner une appréciation sur ce règlement, qui est au fond inspiré par mon projet, et lui ressemble un peu comme un jeu de cartes que j'aurais disposé par couleurs et par séries régulières, serait à un jeu de cartes battu aveuglément par la direction de l'intérieur pour en bien mêler tous les éléments sans aucun ordre. Je dirai seulement que le Ministre reconnaissant, comme moi, quand ce règlement fut soumis à son appréciation, que les médecins de la marine sont seuls capables de remplir avec l'indépendance et les connaissances nécessaires, les fonctions de médecin sanitaire, a prescrit de rétablir à l'art. 94 que le médecin en chef de la colonie est le directeur de la santé inamovible, et que les diverses fonctions de médecin arraisonneur, etc., etc., sont remplies par des médecins de la marine.

Locaux où peuvent se purger les quarantaines à la Martinique.

Dans le moment actuel les quarantaines peuvent se purger dans trois endroits différents à la Martinique :

A. Le lazaret de la Pointe-du-Bout;
B. Le fortin de ladite pointe;
C. La batterie de l'îlet à Ramiers.

Lazaret de la Pointe-du-Bout.

Cet établissement est très-imparfait et très-incomplet. Il était question, lors de mon départ de la colonie, d'y faire des travaux pour qu'il puisse fonctionner d'une manière régulière. Ce projet sera-t-il poursuivi, où, comme tant d'autres, restera-t-il à l'état de lettre morte ?

Quoiqu'il en soit, dans l'état actuel, ce lazaret peut recevoir une quinzaine de malades et une trentaine de passagers valides, mais les locaux sont si défectueux et si délabrés qu'il faut prévoir leur entière destruction pour un temps prochain.

Fortin de la Pointe-du-Bout et batterie de l'îlet à Ramiers.

Ces deux établissements militaires ne peuvent être employés au service sanitaire que d'une manière éventuelle et extemporanée, on le comprend, mais néanmoins il a été très-souvent nécessaire de les utiliser et il est probable que dans l'avenir cette obligation se présentera très-fréquemment. Il est inutile de dire tout ce qui manque à ces établissements pour les rendre commodes, sinon agréables, à ceux qui sont appelés à en user ; car le génie militaire, qui les a édifiés en vue de la défense de la rade, ne pourrait tolérer telles modifications qui, très-utiles au point de vue sanitaire ou hygiénique, sont inutiles et peut-être nuisibles à la destination militaire des bâtiments.

La colonie de la Martinique est moins bien partagée que celle de la Guadeloupe, sous le rapport des locaux pouvant servir aux quarantaines, par la raison qu'il n'y a pas aux environs de la Martinique, comme dans ceux de la colonie voisine, des îlots suffisamment grands ou bien circonscrivant des rades sûres. Il serait à désirer que le département de la marine prît l'initiative et prescrivît aux autorités des deux colonies de s'entendre pour que la Martinique pût envoyer ses navires purger leur quarantaine aux Saintes, dans certaines circonstances, car il est incontestable qu'en temps d'épidémie intense les locaux dont peut disposer la rade de Fort-de-France sont, ainsi que le prouve l'expérience, très-insuffisants ; et, d'autre part, il n'est pas possible de trouver sur le littoral de l'île un autre point dans lequel des navires pourraient subir une quarantaine ou faire des épurations sanitaires, sans être exposés aux événements de mer d'une rade foraine et d'une côte inhospitalière par presque tous les vents.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LE SERVICE SANITAIRE DE LA MARTINIQUE.

Nous venons de voir par l'énoncé précédent que, depuis longtemps, la colonie de la Martinique a cherché à se prémunir contre les maladies qui pouvaient lui être apportées par les navires venant du dehors ; le grand nombre d'arrêtés, de décisions de l'autorité, de propositions, de projets de réglementation émanés de la commission sanitaire révèle des préoccupations constantes à l'endroit de la préservation de l'île.

Ces préoccupations, nous devons bien le dire, ont toujours été imposées à l'autorité, au médecin en chef comme à la commission sanitaire dont l'activité a été jusqu'ici le reflet de l'empressement du chef de service de santé de la Martinique, ont été imposées, dis-je, par l'opinion publique de la colonie qui est toujours éveillée à l'endroit des maladies épidémiques, et qui, persuadée que les épidémies ne sont jamais écloses spontanément, ne peuvent même éclore de toutes pièces dans l'île, affirme très-énergiquement la nécessité des mesures quarantenaires, de sorte que, même alors que les doctrines anti-contagionistes régnaient sans conteste en urope, étaient admises officiellement comme parfaitement établies, et pesaient de tout leur poids dans les décisions de l'autorité ou l'avis des médecins, l'opinion publique tendait à chaque instant à faire adopter les mesures restrictives qui semblaient démodées pour touojurs.

En parcourant la série des arrêtés pris à la Martinique en matière sanitaire, nous voyons à chaque instant se refléter dans cette île les idées, les théories, les présomptions en faveur dans la métropole, à part, comme je viens de le dire, la question de la croyance dans la contagion des maladies, et la chose est bien naturelle d'ailleurs pour la double raison, d'une part, que la Martinique est terre française, d'autre part, que les gouverneurs, les ordonnateurs, les médecins en chef, les directeurs de l'intérieur, qui ont eu à s'occuper du service sanitaire, appartenaient au département de la Marine qui a, parmi ses principes, de faire passer les fonctionnaires d'une colonie dans une autre, à chaque pas de leur carrière, pour mieux faire prévaloir, dans leur esprit et leurs habitudes, cette idée que c'est la France qui donne l'inspiration au lieu du sentiment local qu'ils n'auraient pas manqué d'avoir, si leur vie tout entière s'était passée dans la même localité.

Cette tendance de voir se refléter dans les décisions prises à la Martinique les préoccupations et les dispositions adoptées en Europe a été une des causes du manque d'un règlement complet en matière sanitaire. Mais la raison principale est dans ce fait que toute la responsabilité effective du service incombait jusqu'ici au médecin en chef qui, parfaitement au courant des questions sanitaires, s'est le plus souvent contenté d'appliquer telle ou telle mesure au jour le jour, ajoutant ou retranchant dans la pratique quelque chose au règlement primitif qui d'ailleurs, par sa brièveté et son laconisme, se prêtait très-bien à toute modification quelle que grande qu'elle fût.

Cette absence d'un règlement précis a pu être commode dans bien des circonstances, il faut bien l'avouer, parce que, grâce à elle, on a pu suivre, dans les cinquante dernières années qui viennent de s'écouler, les acquisitions de la science, ses progrès, la modification des idées en matière sanitaire, sans avoir besoin de rapporter à chaque instant des mesures décrétées peu avant. Mais cependant personne ne peut dire, malgré cette liberté d'action laissée par le manque de réglementation, que cette situation est préférable à celle que créérait une codification précise de ce qui doit être fait : la délimitation rigoureuse des droits et devoirs de chacun en affaire sanitaire. Soutenir cette thèse serait la négation de tout esprit d'organisation, serait condamner les individus qui ont à s'occuper de la question, non-seulement à une vigilance extrême et constante qui n'est pas possible dans la pratique, mais encore les obliger à juger à chaque instant sur l'heure et sans les lumières de l'expérience du passé, sans la sûreté que donne la pratique des questions qui peuvent se faire jour à tout moment, questions graves souvent, car la vie de la population est l'enjeu de la partie.

La nécessité d'une réglementation précise est donc démontrée, il me semble, non-seulement par un, mais par tout fonctionnement régulier d'une administration, et cette nécessité étant admise, on m'accordera que le moment pouvait être mieux choisi pour la faire en effet; après un demi-siècle d'études, de recherches, d'essais, la métropole venait de promulguer, par un décret du chef de l'État, des mesures sanitaires qui doivent avoir force de loi en France, et c'est, cette fois comme toujours, de ce que fait la mère patrie que la colonie devait s'inspirer.

Avant d'en finir avec notre historique des mesures sanitaires de la Martinique, nous croyons qu'il n'est pas inutile de nous appesantir sur l'utilité des mesures de protection que l'on prend contre la fièvre jaune. Nous allons donc dire sur ce sujet quelques mots qui seront, pour ainsi dire, la conclusion tirée de l'exposé historique des mesures de protection opposées par la colonie à diverses époques.

INFLUENCE DES MESURES SANITAIRES SUR LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE.

Un fait qui saute aux yeux par la seule inspection des dates

de début et de terminaison de chaque poussée épidémique, c'est le rôle de protection efficace que semblent avoir joué les mesures sanitaires mises en œuvre pour empêcher la venue du fléau dans la colonie. Quand on examine les diverses poussées épidémiques à ce point de vue, on reconnaît bientôt que la première période de notre historique est bien moins probante que la seconde, parce que nous la connaissons beaucoup moins bien, mais cependant n'avons-nous pas le droit d'être frappés de ce fait que, depuis l'établissement des Européens jusqu'en 1708, aucune mesure de protection n'étant employée, on compte de fréquentes poussées de fièvre jaune, et une entre autres qui va de 1690 à 1709 et qui paraît avoir été très-meurtrière ?

En 1708, des restrictions sanitaires sont mises dans les communications, et voilà que la maladie frappe avec infiniment moins de sévérité jusqu'au moment où les ordonnances royales touchant la quarantaine sont rapportées (1736), date qui est précisément celle d'une nouvelle phase d'activité de la maladie.

Pendant les guerres de la fin du siècle dernier et jusqu'en 1814, nous voyons les agglomérations d'hommes se faire à certains moments sans aucun soin des mesures quarantenaires, et la maladie frappe avec rage, excepté, comme nous l'apprend Moreau de Jonnès, à une époque où la tactique des ennemis était d'isoler la colonie d'avec l'Europe et où les arrivages du dehors étaient très-diminués.

Certes, si nous n'avions pas de faits plus précis à présenter, nous ne pourrions avoir que des présomptions assez vagues sur l'efficacité des mesures sanitaires qui mettent des obstacles à la libre communication de l'île avec le dehors; on serait en droit de mettre les cas que nous signalons sur le compte du hasard, mais nous avons dans la seconde période, c'est-à-dire de 1814 à nos jours, des enseignements plus féconds.

Laissons pour le moment de côté cette question, que nous avons signalée précédemment, à savoir que l'arrivée de troupes d'Europe est suivie en 1802 d'une épidémie terrible, tandis que le même événement n'est accompagné, en 1814, que de quelques cas insignifiants; nous nous expliquons ailleurs sur cette particularité, mais nous constatons que de 1814 à 1858, on ne songe pas à se garantir par des mesures sanitaires sévères, et sur une période de 44 ans, nous comptons 23 ans de présence de la fièvre jaune, répartis en cinq ou six poussées épidémiques.

Au contraire, de 1858 à 1876, nous avons une période de

17 années pendant laquelle il n'y a qu'une épidémie d'un an de fièvre jaune. Nous aurions même peut-être à discuter la question de la venue de cette épidémie, et nous pourrions dire que si on avait veillé, en 1868, comme on avait veillé depuis 1860, il y a de grandes chances, je crois, pour que l'épidémie eût été insignifiante, si même elle était venue. Mais même sans tenir compte de cette particularité, ne sommes-nous pas frappés de voir que les poussées épidémiques de 1814 à 1858 duraient trois, cinq, huit ans, tandis que celle de 1869 a duré une année à peine?

On m'objectera qu'il s'est écoulé trop peu de temps encore depuis 1858 jusqu'au moment actuel 1878 pour que la question soit jugée d'une manière définitive, et que nous avons peut-être fortuitement eu pendant ce temps une période heureuse, une de ces rares anomalies qu'on aurait grand tort de considérer comme la règle alors qu'elles ne sont que l'exception. Néanmoins, je ne crois pas que l'avenir me démente, j'ai la persuasion que l'expérience est très-probante; j'estime que la question paraîtra ultérieurement jugée par ce fait même quand il aura eu la sanction d'un plus long temps écoulé.

Si nous arrêtons notre pensée sur les diverses époques de cette période, qui va de 1814 à nos jours, nous voyons que jusqu'en 1858 l'idée de non-contagion ayant laissé la Martinique sans règlements sanitaires bien définis, et surtout mal exécutés, parce qu'on mettait une sorte d'amour-propre à ne pas croire à la contagion, la fièvre jaune fait des victimes souvent, beaucoup, se perpétue pour ainsi dire dans la colonie et surtout y revient dès qu'elle est signalée dans les pays voisins; tandis que depuis 1860, bien que les îles environnantes soient à chaque instant visitées par le fléau, bien que des épidémies terribles frappent Cayenne, Cuba, le Mexique, Saint-Domingue, la côte d'Afrique, que la maladie aille même en Europe et notamment à Saint-Nazaire, la Martinique, où passent et séjournent souvent plusieurs semaines la presque totalité de 40 à 50 mille hommes qui ont pris part à la guerre du Mexique, reste indemne de fièvre jaune.

Bien plus, des navires arrivent avec l'épidémie à bord, on étouffe cette épidémie au Lazaret, distant à peine de trois à quatre milles marins d'une population européenne très-apte à contracter la maladie. Bien plus encore, à quatre reprises différentes, la fièvre jaune s'introduit à l'hôpital, par l'inadvertance des uns, l'ignorance d'un capitaine de navire, etc.; et, reconnue de suite par la vigilance du corps de santé de la marine, elle est aussitôt combattue; les malades sont séquestrés, isolés, les pré-

cautions hygiéniques mises en pratique, et quatre fois l'incendie est arrêté dans son essence, dans sa première manifestation, avortant sous le coup des efforts des médecins qui veillent à la sécurité et à la santé de leurs compagnons d'armes.

Ceux qui liront ce présent travail en Europe, n'ayant pour faire leur opinion que l'exposition que je fais de la question, auront peut-être un doute encore; ce sera uniquement la preuve que je n'ai pas su faire passer dans leur esprit la conviction que l'analyse des faits que j'ai poursuivie sur les lieux avec toute mon attention et tous mes soins, a fait naître en moi. Je le regretterai très-vivement, car assurément ils n'auront pas été convaincus par des détails qui auraient entraîné leur opinion s'ils les avaient analysés de près comme moi.

Mais, me dira-t-on, en somme, ces précautions sanitaires n'ont pas empêché la maladie de venir en 1869, en dépit des efforts déployés. Ici, je suis obligé de passer condamnation, sans pouvoir fournir à la défense des détails que j'ai notés et des explications qui me semblent sauter aux yeux, quand on les regarde de près; mais qu'on ne peut pas écrire encore cependant, parce qu'il s'est écoulé trop peu de temps depuis 1869 à aujourd'hui, pour que la vérité soit bien établie et se dégage de la passion qui accompagne tous les agissements humains au moment où ils s'accomplissent.

Si vingt ans de plus nous séparaient de cette épidémie de 1869, nous pourrions discuter avec plus de liberté, et alors nous trouverions peut-être que la réduction de quarantaine de la canonnière *la Piqué*, fut une chose intempestive; que la surveillance ne fut pas, pour telle ou telle raison, aussi rigoureuse qu'elle l'avait été pendant les années antérieures; et si par impossible, je faisais une seconde fois, à cette époque, l'étude à laquelle je me livre aujourd'hui, je serais autrement affirmatif. Pour le moment présent, je ne puis que formuler une opinion que des preuves n'appuieront pas et je resterai donc en arrière de ce que je pense à ce sujet.

Nous pourrions, en rapprochant seulement les dates de la mort de Blandin, de Zæppfel, et des mesures d'isolement, de dissémination, etc., voir que cette fois on ne se pressa pas autant qu'en 1867, lors du Rienzi, par exemple. Mais je suis sur un terrain trop brûlant pour continuer plus longtemps la discussion, on pourrait penser que je critique des actes dont la date toute récente fait des personnalités, ce qui est tout à fait en dehors de mon désir et de mon but. Donc je m'arrêterai sans

aller plus loin, croyant cependant devoir répéter encore, que je n'ai, ni ne veux avoir, dans mon dire, le désir de trouver que tel ou tel a mal fait, porte une responsabilité lourde dans cette question de l'épidémie de 1869. Non, mille fois non, je ne pense pas un moment à la possibilité d'une pareille interprétation donnée à ma parole. Chacun avait trop alors, comme aujourd'hui, le désir de bien faire pour qu'il y ait même le nuage d'un doute à avoir; non, je le répète, chacun a fait tout ce qu'il a pu. On fut moins heureux, mais non moins zélé, non moins instruit; les événements sont trop souvent plus puissants que la prévision humaine; ce serait un grand tort, en même temps qu'une présomption déplacée, que de croire autrement.

La question de l'origine de l'épidémie étant écartée, la poussée de 1869 porte avec elle un grand enseignement; en effet, elle n'emporta que 144 victimes, lorsque celles qui l'ont précédée en exigeaient des milliers; elle s'est éteinte en un an, alors que les autres étaient interminables, et c'est assurément à l'excellence des mesures d'isolation, des mesures sanitaires, pour les appeler de leur nom, qu'il faut attribuer un aussi heureux résultat.

La conclusion logique que nous sommes autorisé à tirer de cette discussion, c'est que les mesures sanitaires ont paru jusqu'ici exercer une influence heureuse sur la fièvre jaune à la Martinique, et que même au cas où elles n'ont pu empêcher l'épidémie de venir, elles ont singulièrement diminué sa sévérité et la durée de ses ravages.

LOCAUX DESTINÉS AUX INDIVIDUS SAINS OU MALADES DE LA GARNISON DANS L'ÉVENTUALITÉ D'UNE EXPLOSION ÉPIDÉMIQUE.

Nous allons énumérer ici ce qui existe actuellement pour le logement et l'hospitalisation de la garnison, donnant notre appréciation sur la valeur hygiénique de ces divers établissements et formulant les desiderata qui nous paraissent devoir être satisfaits.

Les locaux de logement ou d'hospitalisation des troupes sont, à Fort-de-France: 1° le fort Saint-Louis, 2° la caserne d'artillerie, 3° le fort Desaix, 4° le fort Tartenson, 5° le camp Balata, 6° l'hôpital militaire.

A Saint-Pierre, il y a : 1° la caserne, 2° l'hôpital.

Fort Saint-Louis.

Le fort Saint-Louis, qui commande la petite rade de Fort-de-

France et la baie du carénage, est muni de casemates et de casernes dans lesquelles on peut loger jusqu'à cinq cents hommes. Les logements de la troupe dans ce fort laissent grandement à désirer sous le rapport de l'hygiène. En temps d'épidémie, le fort Saint-Louis a été très-souvent un foyer d'infection où les militaires tombaient malades dans de grandes proportions, de sorte qu'il faut le considérer comme un médiocre logement en temps ordinaire, comme un établissement dangereux pour la santé des militaires en temps d'épidémie.

Je dirai tantôt, après avoir passé en revue tous les établissements militaires, que le mieux, à mon avis, serait de ne faire habiter au fort Saint-Louis que le chiffre d'hommes indispensable pour son occupation militaire ou sa défense, et même qu'on devrait y loger la portion des militaires de l'artillerie qui ne peuvent, dans aucun cas, quitter la ville en temps d'épidémie.

Caserne d'Artillerie.

La caserne de l'artillerie est à Fort-de-France, dans la ville même, au milieu des maisons particulières et surtout dans un quartier où les filles de mauvaise vie abondent, de sorte que la tentation est incessante pour les hommes, condition qui, jointe à la paie plus forte que touchent les artilleurs et surtout les ouvriers d'artillerie, jointe aussi aux sollicitations d'une complexion vigoureuse, de traditions de gaieté, etc., font qu'en somme les artilleurs fournissent, toutes choses égales d'ailleurs, plus de malades, soit de maladies vénériennes, soit de maladies endémiques, soit de fièvre jaune en temps d'épidémie. On peut voir, en effet, à propos de cette dernière maladie, que très-souvent elle a débuté par les artilleurs, à Fort-de-France.

Si on fait abstraction du voisinage des maisons particulières, nous dirons que l'effectif actuel des artilleurs étant réduit, les hommes ne sont pas entassés dans cette caserne; d'autre part, la vigilance des chefs fait entretenir les locaux dans un état de propreté très-louable, malgré la pénurie d'eau potable.

Mais ces conditions éventuelles ne changent pas le verdict qu'il faut porter sur l'établissement, et nous verrons tantôt que nous voudrions qu'on logeât les artilleurs et les ouvriers d'artillerie dans un autre local, au fort Saint-Louis, par exemple.

Fort Desaix.

Le fort Desaix ou fort Bourbon est un vaste établissement militaire, bâti sur une colline qui domine la ville Fort-de-France, à 140 mètres au-dessus du niveau de la mer, et à environ deux kilomètres de la plage, en suivant la route carossable.

Les casemates ne constituent pas un logement bien élégant, ni bien agréable, mais cependant, tant qu'elles ne sont pas infectées par l'apport d'une maladie transmissible, elles ne présentent aucune insalubrité. La preuve que j'en puis donner, c'est que les soldats disciplinaires qui y logent, ne fournissent à la Martinique qu'un nombre extrêmement faible d'exempts de service et de journées d'hôpital.

Quant au logement destiné aux troupes, il est dans de bonnes conditions, et si on avait soin surtout de le maintenir dans un état de propreté convenable, il pourrait servir pendant longtemps pour un nombre d'hommes assez élevé.

Fort Tartenson.

Le fort Tartenson est situé sur le morne qui surmonte le quartier dit Bellevue, sur la rive droite de la rivière Madame, à l'ouest de la ville; il contient des casemates qui pourraient loger une centaine d'hommes. Mais outre que ces casemates ne constituent pas une habitation bien confortable, la hauteur au-dessus de la mer de la forteresse n'est que de 86 mètres, de sorte qu'il est à peine besoin de l'indiquer, et qu'il vaut peut-être mieux n'en pas tenir compte, pour le cas où l'on voudrait isoler des troupes en temps d'épidémie.

Hôpital militaire de Fort-de-France.

La ville de Fort-de-France possède un hôpital qui peut recevoir, sans être encombré, 300 malades. Cet hôpital, construit en bois depuis que le tremblement de terre de janvier 1839 détruisit le bâtiment en pierre élevé en 1715 par les frères de Saint-Jean-de-Dieu, est placé à l'extrémité N.-O. de la ville, dans la plaine dite Sainville, près la rivière Madame; il est composé par une série de pavillons placés dans une grande savane plantée d'arbres, et se présenterait sous un aspect agréable à la vue, si, par un inconcevable oubli des ménagements que l'on doit

aux esprits facilement impressionnables, on n'avait pas eu la malheureuse idée de placer un cimetière à la porte même de l'établissement; de telle sorte que les malheureux qui y arrivent malades, voient tout d'abord un amas de tombes, qui les porte naturellement à d'étranges réflexions dans la disposition de corps et d'esprit où ils se trouvent.

L'hôpital actuel a, au milieu d'une grande savane, une vaste baraque, munie d'une véranda au midi; cette baraque, qui peut contenir jusqu'à quatre-vingts lits, est le lieu le plus propice pour le traitement des malades; c'est même sous la véranda que je me proposais de faire placer les individus atteints par la fièvre jaune, au cas où une épidémie aurait fait explosion pendant mon séjour à la Martinique.

Les autres portions de l'établissement, élevées sans ordre et sans esprit de suite, présentent mille défectuosités; il faut y faire à chaque instant des additions, des modifications, qui n'améliorent la situation que d'une manière tellement imparfaite, qu'on se demande toujours s'il est bien nécessaire de faire changer l'état actuel, tout précaire et incommode qu'il soit.

Le moindre défaut de l'hôpital militaire est d'être au milieu de terres souvent inondées, malgré les travaux d'assainissement et de drainage qui ont été faits dans les environs; aussi est-ce un des endroits de la ville les plus exposés aux émanations paludéennes; en outre, la disposition des collines voisines fait que le quartier abrité des vents régnants est dans un fond où l'air ne se renouvelle pas facilement, de sorte qu'en temps ordinaire la chaleur y est désagréable, souvent pénible; en temps d'épidémie, le manque d'agitation de l'air y favorise le développement des foyers infectieux.

En présence de toutes ces considérations, je n'hésite pas à trouver que l'hôpital militaire est mal placé et je fais des vœux pour que, dans l'avenir le plus prochain, il soit transféré ailleurs.

Pour satisfaire aux desiderata d'une bonne hygiène, il faudrait que l'hôpital militaire fût placé à mi-côte, entre le fort Desaix et la ville. Le plateau qui se développe derrière la chapelle dite le Calvaire, me paraît être le lieu le plus favorable; l'hôpital se trouverait ainsi rafraîchi par les brises constantes de l'E. et du N.-E., en même temps qu'il serait assez élevé au-dessus du niveau de la mer pour ne pas être dans l'atmosphère malsaine du rivage.

Objectera-t-on que l'eau manquerait dans cet endroit? Des travaux de peu d'importance y amèneraient toute celle qui serait nécessaire, et d'ailleurs, dans un pays où il pleut en moyenne

220 jours par an, la question de fournir de l'eau potable à un établissement n'est jamais un problème bien difficile à résoudre.

On avait songé, parait-il, à édifier l'hôpital militaire dans le lieu où s'élève actuellement le collége. Je ne suis pour ma part pas fâché que l'idée n'ait pas eu de suite, car placé là, il n'eût, je crois, pas été exempt de maints inconvénients.

Camp Balata.

A neuf kilomètres de Fort-de-France et par une altitude de 460 mètres, existe une étendue de terre assez vaste qu'on appelle le camp Balata et où se trouvent quelques baraques en assez mauvais état pour le logement d'une centaine de militaires. On sent qu'on a voulu faire, à la Martinique, le pendant de ce qui existe à la Guadeloupe sous le nom de camp Jacob ; mais, tandis que là-bas la disposition des locaux est convenable, d'après ce qui est venu à notre connaissance, ici l'installation est précaire, éventuelle, et réclame d'incessantes réparations.

Le camp Balata a eu la prérogative d'exciter des enthousiasmes et des colères ; il mérite, à mon avis, la sympathie du gouvernement, et le jour où la vérité ne sera plus obscurcie avec passion par des intérêts particuliers, on sera stupéfait de voir que, pendant si longtemps, la question a été pendante et indécise au sujet des avantages indéniables de ce camp.

Caserne de Saint-Pierre.

La caserne de Saint-Pierre est située entre la rivière Roxelane et la partie de la ville qu'on appelle le centre ; elle est spacieuse et tout à fait hors de proportion avec les besoins de la garnison actuelle ; mais, dans quelques circonstances, elle a été habitée par un chiffre élevé de militaires. Cette caserne est dans de mauvaises conditions hygiéniques ; les courants d'air y sont si fréquents et si intempestifs que les habitants y sont grandement exposés à la dysentérie et aux autres maladies dépendant des refroidissements.

Hôpital militaire de Saint-Pierre.

L'hôpital militaire de Saint-Pierre a été construit par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu, en 1685 ; il a la forme d'une dou-

ble croix, c'est-à-dire d'un long bâtiment allant du sud au nord, aux extrémités duquel se trouvent deux petits bâtiments perpendiculaires, placés tout à fait au pied de la falaise et de telle manière que la coulée du Trou-vaillant vient déboucher juste à l'extrémité nord de l'édifice ; il est un peu comme un écran qui serait opposé au courant d'air froid qui descend des coteaux supérieurs, de sorte qu'il est exposé à des variations locales de température très-accentuées et très-brusques. On peut se convaincre du trouble aérien qui existe perpétuellement dans l'hôpital de Saint-Pierre en regardant pendant un moment la girouette quand un grain arrive, tombe ou a cessé d'inonder le quartier ; on voit, en effet, que le vent a passé par tous les points cardinaux en moins de quelques minutes. Ce sont de véritables petits tourbillons qui ont pour résultat de ne laisser aucun abri contre les vicissitudes atmosphériques dans un établissement aussi largement pourvu d'ouvertures et où les portes et les fenêtres ferment d'une manière aussi incomplète.

J'ai compris sans peine, en voyant l'hôpital de Saint-Pierre, pourquoi il avait une si terrible réputation ; et en effet, il n'y a guère que la caserne qui soit aussi mal placée que lui, et je ne suis étonné que d'une chose, c'est qu'on ait observé quelquefois dans cet établissement la guérison de la dysentérie à laquelle les soldats sont si fatalement exposés dans leur logement habituel.

Cette exposition aux courants d'air intempestifs n'est pas la seule chose à mettre au passif de l'hôpital de Saint-Pierre. En effet, notons que le cimetière se trouve placé au vent et plus élevé que l'établissement, que ce cimetière a un amphithéâtre où les autopsies sont faites avec soin et régularité, toutes les fois qu'il y meurt un individu, et on sera, comme moi, profondément stupéfait de constater que, jusqu'au mois d'avril 1876, les eaux provenant de cet amphithéâtre, comme d'ailleurs les eaux des latrines, aient passé à ciel ouvert dans une rigole qui ne commençait à être convertie en égout couvert qu'au moment où elle arrivait sous l'établissement, à la porte même des cuisines. Bien plus, cet égout, chargé de déjections dysentériques toujours, souvent des déjections des individus atteints de fièvre jaune, emportant les détritus de l'amphithéâtre mélangés aux eaux ménagères, descend sous la ville et va aboutir à la mer, non loin de la place Bertin, c'est-à-dire du lieu le plus populeux, le plus fréquenté par les étrangers qui sont naturellement plus sensibles encore que les habitants sédentaires à certaines in-

fluences morbides, les influences amariles entre autres; sans compter que les flots de la mer restent trop souvent sous l'influence du vent de S.-O., les immondices flottantes dans le port, sur la plage voisine où un soleil ardent les décompose avec une effrayante puissance.

DÉSIDERATA CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS MILITAIRES DE LA MARTINIQUE.

Après avoir énuméré les divers établissements qui servent au logement et à l'hospitalisation des militaires de la Martinique, nous devons formuler les desiderata de l'hygiène bien comprise.

Or tout d'abord nous rappelons au lecteur qu'il est admis, après longue observation, que la fièvre jaune est surtout une maladie du rivage, que les chances de son développement diminuent d'une manière très-rapide à mesure qu'on s'élève au-dessus du niveau de la mer. D'autre part on sait, par la notoriété publique aux Antilles, que les Européens sont d'autant moins fatigués par le climat qu'ils habitent un endroit plus élevé sur l'horizon. Ces deux considérations doivent guider l'autorité dans le choix des locaux destinés au casernement des troupes.

Quand on a séjourné quelque temps à la Martinique, on a eu l'occasion de constater que le séjour dans les villes est un grand malheur pour la santé des militaires; en effet, au contact d'une population où l'intempérance et les mauvaises mœurs sont poussées à un point difficilement compréhensible dans nos pays, les militaires et marins se laissent aller à l'alcoolisme et sont un aliment désigné à la syphilis. Or l'alcoolisme est une des plus puissantes causes de maladies trop souvent mortelles. La syphilis met l'homme dans des conditions telles, qu'il faut le renvoyer en Europe dans un avenir prochain, si on ne veut pas le voir succomber à la dysentérie ou l'hépatite. Par conséquent, on le voit, la garnison n'a rien à gagner et tout à perdre, en restant dans les localités où il y a une population civile à la Martinique.

Par ailleurs, me sera-t-il permis d'invoquer une autre raison, que nous enseigne l'étude des temps passés, comme l'exposition de la situation actuelle: c'est que, dans des pays où, comme nos colonies et en particulier la Martinique, nous devons entretenir

une garnison en permanence, il faut non-seulement qu'elle soit dans son meilleur état de santé, pour pouvoir faire le plus possible avec le moindre effectif, mais encore il est logique de placer le petit noyau de soldats que l'on possède, dans des points stratégiques d'où ils peuvent fondre rapidement aux endroits nécessités par les besoins de la défense, du maintien de l'ordre public, etc., etc. Cette dernière considération, pour être étrangère aux préoccupations du médecin, a cependant une telle importance dans l'état actuel de nos colonies qu'il n'est pas inutile de la faire intervenir.

Je dirai incidemment que les Anglais ont si bien compris le danger qu'il y a pour les militaires à être au contact des habitants civils dans les Antilles, qu'ils ont eu grand soin d'isoler les garnisons, d'après les principes que je viens de spécifier.

En conséquence, nous voudrions que le contingent des troupes, envoyé à la Martinique pour y tenir garnison, fût logé dans les hauteurs et loin des centres de population ; on devrait choisir, par exemple, trois points, dont le premier serait le camp de Balata, le second pourrait être aux environs du point de rencontre de la route n° 1 et de la route n° 8, appelé les deux Choux. Le troisième pourrait siéger à l'intersection de la route n° 8 et de la route n° 27.

A ces endroits, on est de 350 à 450 mètres au-dessus du niveau de la mer, à 8 ou 10 kilomètres de Fort-de-France, de Saint-Pierre ou du gros Morne, on commande stratégiquement Saint-Pierre et Fort-de-France, à l'ouest; le Robert, la Trinité, Sainte-Marie, le Marigot et la grand'anse, sur la côte orientale ; enfin on est dans une position militaire que l'ennemi tenterait en vain de forcer.

Dans ces trois camps, il y aurait des baraques, munies sur toutes leurs faces d'une véranda de deux mètres de large, de manière à ce qu'en temps de pluie, les hommes puissent faire l'exercice ou prendre l'air hors du lieu où ils doivent coucher. Une baraque destinée à l'école, la bibliothèque, la salle d'escrime et de gymnastique, compléteraient très-bien l'établissement.

Je n'ai pas à entrer dans de bien longs détails pour faire comprendre la grande utilité d'un cantonnement pareil de la garnison. En effet, lieu salubre, éloignement des mauvaises fréquentations, telle est sa caractéristique. Les villes où il faut monter la garde, faire des patrouilles, etc., etc., étant à huit kilomètres seulement, on pourrait y envoyer tous les deux, trois, cinq ou sept jours, un nombre déterminé de soldats qui

reviendraient au camp avant d'avoir eu le temps de subir de fâcheuses influences.

Il est une portion de la garnison qui ne peut être déplacée, me dira-t-on, de Fort-de-France, c'est l'atelier d'artillerie et le service des transports ; pour ce dernier, je dirai que les chevaux et mulets se trouveraient mieux d'avoir, comme les militaires, le quartier principal dans les hauteurs, un pied-à-terre seulement au rivage ; pour les seconds, on logerait les ouvriers au fort Saint-Louis sinon au fort Desaix, et ayant moins d'hommes dans les locaux, on pourrait leur donner plus de place dans les logements, c'est-à-dire tenir plus facilement les casernes dans des conditions favorables d'aération et de propreté.

Les hôpitaux militaires de Fort-de-France et de Saint-Pierre recevraient, par le fait de la combinaison précitée, un moins grand nombre d'hommes, et par conséquent, leurs proportions pourraient être considérablement réduites sans inconvénient.

Pour ce qui est de Saint-Pierre, nous avons vu précédemment que l'hôpital et la caserne sont dans de détestables conditions hygiéniques ; nous voudrions que l'Etat s'en défît ou, pour mieux dire, en changeât la destination. La caserne et l'hôpital pourraient être édifiés dans le quartier dit du Fort, soit aux environs de l'habitation Perinelle, soit près du chemin dit de la Consolation ; il y aurait là, dans un lieu relativement salubre, place pour des établissements mieux combinés que ceux qui existent actuellement.

DISPOSITIONS SPÉCIALES

A PRENDRE EN PRÉSENCE DES ÉPIDÉMIES

—

Tout ce que nous venons de dire jusqu'ici a trait à la préparation des moyens de résistance contre les épidémies, et nous allons voir maintenant leur mise en pratique. Nous devons partager notre exposition en cinq paragraphes, et parler séparément des éventualités suivantes : A. La maladie est loin de la colonie. B. Elle est dans un pays voisin. C-D. Elle est à Saint-Pierre ou à Fort-de-France seulement. E. Elle est dans les deux pays.

A. *La maladie est dans des pays relativement éloignés.*

(Guyane, Brésil, Mexique, Havane, etc.)

A proprement parler, il n'y a rien de spécial à dire pour le cas présent, car, comme on doit, à mon avis, veiller toujours avec vigilance dans le service sanitaire, on comprend qu'il n'y aura rien de plus à ajouter à cette vigilance dans l'éventualité actuelle. Les navires, quelle que soit leur provenance, seront surveillés avec grande attention ; la quarantaine d'observation appliquée sans hésitation dans le cas du moindre doute.

Je puis cependant m'occuper ici de quelques détails qui ont leur utilité ; et, en effet, parlons d'abord des cas où la fièvre jaune est à Cayenne. Le paquebot annexe de la ligne transatlantique eut soin, en 1876-77, de ne pas communiquer avec cette ville ; il y apportait les voyageurs et les marchandises, mais ne recevait rien à son bord. De cette manière, il a pu ne pas être mis en quarantaine à son retour à Fort-de-France. Cette manière de faire présente de grands inconvénients pour la

Compagnie, j'en conviens, et, d'autre part, elle ne ferme pas parfaitement la porte de la colonie aux importations morbides, car, pendant toute l'époque précitée, nombre de passagers de la Guyane sont allés prendre le paquebot à Démérary, et sont arrivés ainsi, avec une certaine perte de temps, il est vrai, mais sans avoir subi d'épuration sanitaire. Il serait possible, si la colonie de la Guyane voulait s'y prêter, de suivre un *modus faciendi* qui concilierait davantage tous les intérêts. En effet, quinze jours avant le départ du paquebot qui retourne à la Martinique, les habitants de Cayenne qui veulent y prendre passage seraient envoyés aux îles du Salut, qui se mettraient en quarantaine vis-à-vis du restant de la colonie; le médecin de la marine, en service à ces îles du Salut, ferait pratiquer les épurations des marchandises et veillerait à la santé des individus. Grâce à cette mesure, c'est-à-dire à une mise en quarantaine des îles du Salut pendant quinze jours chaque mois, le paquebot annexe pourrait prendre les passagers et les marchandises à destination de la Martinique.

Quand la fièvre jaune est au Mexique ou à Cuba, une question grave se soulève aussitôt à la Martinique, c'est de savoir si le paquebot qui vient de ces endroits sera ou non admis en libre pratique. Si on le reçoit sans hésitation, on craint d'introduire la maladie dans la colonie; si on le met en quarantaine, on fait refluer les passagers sur les paquebots anglais, de sorte qu'on nuit à la compagnie française sans se garantir davantage. Donc, le premier point à établir dans la pratique, c'est que, lorsque le paquebot français est mis en observation, la même mesure doit être appliquée au paquebot anglais.

D'autre part, je crois que, tant qu'il y aura des médecins de la marine sur les paquebots transatlantiques, on pourra se fier à leur serment, et, par conséquent, recevoir en libre pratique ces paquebots, quand la maladie se manifestera par quelques cas seulement à la Havane et à la Vera-Cruz, et surtout qu'il n'y aura pas eu de malades à bord pendant la traversée. Sans doute, on laisse ainsi la porte ouverte, mais il est à remarquer que les communications avec la Havane et la Véra-Cruz se bornent à quelques très-rares passagers créoles. En défendant aux paquebots d'envoyer le linge sale aux blanchisseuses de Fort-de-France, on réduira les chances de contamination à si peu de chose, qu'il n'est peut-être pas imprudent de ne pas être absolument rigoureux.

Si la compagnie transatlantique comprenait bien ses intérêts,

elle aurait des pontons pour fournir le charbon et les marchandises aux paquebots mis en quarantaine, sans perte de temps ni augmentation sensible de la dépense, et la mise en observation de ses navires ne lui porterait qu'un préjudice insignifiant.

B. *La maladie est dans les pays voisins.*

(Guadeloupe — Dominique — Sainte-Lucie)

Lorsque la fièvre jaune est signalée à la Guadeloupe, à la Dominique ou à Sainte-Lucie, on peut dire que le danger est imminent; cependant, on aurait tort de croire qu'elle viendra fatalement à la Martinique; il y a maints exemples du contraire et on peut compter que, par une surveillance très-sévère, par une prudence exagérée, on pourra quelquefois se garantir très-bien du fléau.

Donc, la nouvelle que la maladie est proche doit faire redoubler de zèle; la quarantaine doit être appliquée, non-seulement aux grands navires, mais aussi et surtout aux caboteurs; il faut aussi surveiller les petites embarcations qui viennent au Marin, au Macouba ou au Prêcheur, car souvent il y a ainsi des communications d'île à île. Ces communications n'ont pas un danger extrême, car elles se font exclusivement par des créoles; mais cependant, la gêne qui y sera apportée aura pour résultat de diminuer les chances, quelque minimes qu'elles soient.

Lorsque la maladie est dans les lieux précités, il faut que l'autorité prenne des dispositions pour qu'au cas de son arrivée dans la colonie, on ne soit pas pris au dépourvu. C'est alors que je voudrais qu'on disposât les locaux du camp Balata et des autres camps dont j'ai demandé la création, de manière à ce qu'un dernier ordre donné fît faire les mouvements de personnel sans retard. En disposant les locaux, il faut songer naturellement à l'approvisionnement en vivres, literie, vêtements, etc., etc., car, qu'on ne l'oublie pas, l'isolation est d'autant plus efficace qu'elle est plus absolue. Si des communications existent entre les divers groupes séparés ou entre ces groupes et le rivage, cette isolation devient illusoire.

Quand les mesures de précaution sont prises comme il faut, une épidémie peut être étouffée en peu de temps et au prix de peu de victimes; dans le cas contraire, elle se prolonge et em-

porte finalement un nombre élevé d'hommes. Je ne saurais trop le répéter aux intéressés, et j'affirme aux autorités qu'en ceci les demi-mesures sont toujours mauvaises; les dispositions d'autant plus utiles qu'une plus grande sévérité et même une exagération de précautions sont prescrites, car, dans la pratique, il y a toujours des oublis, des imprudences, et, par conséquent, on ne peut espérer jamais que les choses soient faites aussi parfaitement qu'elles sont prescrites.

Les militaires ne seraient plus, dès ce moment, exposés au soleil ou à la pluie qu'en cas d'absolue nécessité; on pourrait faire battre la retraite dès neuf heures du matin et jusqu'à quatre heures du soir, car on ne doit pas oublier que l'exposition au soleil et à la pluie est, avec l'intempérance, la cause la plus puissante de l'explosion de la fièvre jaune chez les militaires.

Lorsque la maladie est signalée dans le voisinage et qu'on peut espérer que, pendant quelques semaines encore au moins, on en sera préservé, des mesures d'hygiène publique doivent être prises. Tous les foyers d'insalubrité doivent être recherchés avec soin et détruits ou atténués le plus possible sans retard. C'est à ce moment qu'on doit faire blanchir, recrépir tous les locaux qui paraissent en avoir besoin; qu'il faut faire laver, lessiver, nettoyer tout ce qui laisse à désirer sous le rapport de la propreté.

Du côté des navires de l'État et surtout des navires de commerce, on doit veiller aussi à ce que les mesures de propreté ne soient pas négligées : la cale, le poste de l'équipage, la cambuse, etc., etc., seront l'objet de soins minutieux. D'autre part, les heures de travail seront divisées de telle sorte que les hommes s'exposent au soleil le moins possible. Certains travaux, comme les transports en embarcation, devront être faits exclusivement par des créoles.

C-D. *La fièvre jaune est à Fort-de-France ou à Saint-Pierre seulement.*

Lorsque la fièvre jaune est constatée dans un des deux pays de Fort-de-France ou de Saint-Pierre, le moment d'agir sans retard est arrivé. Je suppose que toutes les dispositions ont été prises à l'avance, on évitera ainsi une perte de temps qui se juge toujours par la mort d'un certain nombre de pauvres diables.

Lorsque le médecin en chef de la colonie aura prévenu l'au-

torité du début d'une épidémie, voici ce que je voudrais que l'on fît pour chacun des deux pays :

Tous les Européens de la garnison, quelle que soit leur arme, quel que soit leur grade, qui peuvent être éloignés de Fort-de-France et de Saint-Pierre, devraient être dirigés sur les hauteurs. Sans que j'aie besoin d'entrer dans plus de spécifications, j'estime que tous ceux qui ne sont pas retenus par une indispensable obligation dans les foyers d'infection doivent s'éloigner ; ils sauvegardent ainsi leur existence propre et, d'autre part, ils ne fournissent pas un aliment à l'épidémie qui, comme un incendie, se développe d'autant moins, s'éteint d'autant plus vite qu'il rencontre moins d'aliment à dévorer. Qu'un faux point d'honneur, qu'une question absurde d'amour-propre ne retienne personne. En temps d'épidémie, toute action qui peut réagir sur la propagation de la maladie doit être à la volonté de l'autorité, la liberté individuelle s'efface dans de grandes limites en présence de l'intérêt de tous, et, par conséquent, ceux qui sont nécessaires dans le foyer épidémique font leur devoir en y restant, comme ceux qui n'y sont pas indispensables font leur devoir en s'en allant.

La chose est donc bien comprise : la garnison, les fonctionnaires européens eux-mêmes doivent s'éloigner du rivage autant que la chose est possible. Je ne puis entrer dans la spécification de ce que doivent faire les particuliers ; on ne peut, on le comprend, faire une réglementation à ce sujet, il suffit de leur donner des conseils. Pour ce qui est des militaires, je voudrais qu'on les consignât dans les hauteurs, avec défense absolue de descendre dans les environs du rivage. Prenant le camp de Balata, par exemple, je dirai que je voudrais qu'il fût absolument interdit de dépasser le camp dans la direction de Fort-de-France. Un poste serait même établi à deux ou trois cents mètres en aval de l'établissement, avec ordre de refuser le passage à tout Européen qui n'aurait pas une autorisation spéciale de l'autorité. Car, je ne saurais trop le répéter, c'est par ces communications de camarades et souvent par ces bravades ridicules autant que dangereuses, qu'on a vu la maladie se communiquer d'un lieu dans un autre.

Les mouvements de troupe, les agglomérations d'individus doivent être évités avec le plus grand soin, car il est parfaitement prouvé que ce sont des causes puissantes de diffusion et de recrudescence des épidémies.

Une des mesures les plus importantes et réclamée avec la plus

grande instance par tous les médecins, est l'envoi immédiat à l'hôpital de tout homme frappé de fièvre jaune. On ne saurait croire combien l'atteinte est plus sévère quand il s'est écoulé un certain temps entre l'invasion et l'envoi à l'hôpital, c'est-à-dire un traitement méthodique ; donc, il faudrait prescrire aux aides-majors de passer deux visites par jour, et même le caporal d'infirmerie devrait avoir la consigne de prévenir le médecin à temps pour que les militaires fussent dirigés le plus vite possible sur l'hôpital, lorsque la maladie les atteint.

Les hôpitaux deviennent vite des foyers de genèse ou de transmission de la maladie en temps d'épidémie; il ne faut pas perdre cela de vue, et comme ces foyers sont d'autant plus puissants qu'il y a plus d'hommes à les constituer, il faut chercher à diminuer le plus possible les agglomérations de malades. Pour cela, on pourra, dès le début, évacuer tous les blessés, les vénériens, les hommes atteints de maladies chroniques sur d'autres locaux éloignés de l'hôpital où seront traités les individus atteints de fièvre jaune. Bien plus, il faut, dès le début, choisir un certain nombre de salles où seront placés les hommes touchés par le typhus amaril, et on n'y mettra pas ceux qui auront d'autres maladies dites sporadiques ou endémiques.

J'ai dit déjà que, même dans le service où on soigne la fièvre jaune, l'aération des locaux, l'isolation des individus doivent être poussées aussi loin que possible, car il est de notoriété que l'entassement et la malpropreté des lieux sont les causes les plus puissantes de la sévérité des atteintes.

Dès que l'épidémie serait constatée, je voudrais qu'on choisît dans un point assez élevé, à deux ou trois kilomètres de Fort-de-France ou de Saint-Pierre, Fort Desaix, par exemple, pour le chef-lieu, un endroit propice pour une ambulance où les convalescents de fièvre jaune seraient envoyés dès que leur état permettrait le transport; on éviterait, de cette manière, maintes rechutes presque fatalement mortelles. Il va sans dire que, même dans ce lieu de convalescence, on isolerait les individus les uns des autres, et même on pourrait avoir deux locaux séparés. Un premier, par exemple, où resteraient, pendant une semaine environ, les hommes arrivant de l'hôpital; un autre, où on les dirigerait dès qu'ils seraient un peu plus forts et plus voisins de la guérison complète.

Du côté de l'hygiène publique de la ville, il y a des recommandations à faire ; et, en effet, si, lorsque l'épidémie menace, on a prescrit d'approprier tous les locaux, tous les quartiers,

usant largement de tous les moyens de désinfection, dès que l'épidémie est déclarée, les curages d'égouts, les travaux de défrichement, de nivellement, etc., en un mot, tous les travaux qui ont pour résultat d'exposer au soleil des substances enfouies dans la terre ou sous l'eau jusque-là, doivent être évités soigneusement. Si un foyer d'infection est découvert tardivement, le mieux sera souvent de chercher à le combattre par des moyens moins radicaux et moins efficaces que ceux qu'on peut employer en temps ordinaire. Une désinfection sommaire et superficielle aura parfois plus d'avantages. Inutile de dire qu'on ne devra employer à de pareils travaux que des hommes qui ne sont pas aptes à contracter le typhus amaril.

Les communications des navires avec la terre doivent être amoindries le plus possible en temps d'épidémie de fièvre jaune. Luzeau avait dejà signalé, en 1869 (3e trimestre), la grande utilité qu'il y a à ne pas envoyer les marins à terre quand ils sont embarqués, et voici d'ailleurs un extrait de son rapport :

« Le plus grand nombre des hommes de la marine militaire traités à l'hôpital provient des bâtiments mouillés au carénage où ils étaient en réparation, ou de ceux qui, employés au service local, fréquentaient la terre. Les équipages des navires mouillés sur la rade, ceux surtout qu'une discipline sévère a retenus à bord, n'ont presque pas souffert. Pour rendre cette observation frappante, il nous suffira de comparer la frégate *l'Armide.*

« *L'Armide* et la goëlette *la Levrette*, arrivées en même temps à Fort-de-France : la première venant de France, et par conséquent ayant à son bord des hommes qui offrent beaucoup plus de prise à la maladie, l'autre venant de Cayenne et dont l'équipage avait plusieurs années de séjour dans les colonies. *L'Armide*, mouillée sur la rade, n'a point envoyé un malade à l'hôpital, n'ayant eu à son bord que des affections simples, tandis que *la Levrette* a eu à bord une épidémie de fièvre jaune. »

N'oublions pas de rappeler que les navires, touchés par la fièvre jaune, se sont le plus souvent très-bien trouvés de l'appareillage et de la croisière à la mer. Dans les temps où les épidémies étaient fréquentes autant que meurtrières, ce moyen était pratiqué sur une vaste échelle ; on ne saurait trop le recommander, le cas échéant.

Le mouillage des navires de l'État et du commerce doit être surveillé et réglementé en temps d'épidémie dans les deux pays

de Fort-de-France et de Saint-Pierre, et, sans entrer dans des détails qui appartiennent plus à l'inspiration du moment qu'à une disposition générale prise de loin, je me contenterai de rapporter le passage du livre de M. Cornillac, au sujet des mesures réclamées à maintes reprises par les chefs du service de santé (*loc. cit.*, p. 757) :

« Cette mesure (l'appareillage et la croisière en pleine mer), si facile pour les bâtiments de guerre, qui peuvent s'éloigner des côtes ravagées par les épidémies, lorsque leur sûreté le commande, est plus difficile pour les navires du commerce, qui sont obligés de séjourner en rade et de garder la place qui leur a été assignée lors de leur arrivée dans la ligne de mouillage.

« C'est à l'autorité, avertie par le médecin, de donner des ordres pour faire rassembler, sur une extrémité de cette ligne, les bâtiments déjà infectés, et à diriger les nouveaux arrivants à l'autre extrémité, de manière qu'ils soient placés au vent de ceux-ci, et de leur interdire toute communication les uns avec les autres. Il va sans dire que ces navires doivent être surveillés de façon à maintenir entre eux le plus d'espace possible, environ douze mètres en moyenne et vingt au maximum, car il serait dangereux de les entasser les uns sur les autres, quand chacun d'eux est et peut devenir un foyer d'infection. Il est incontestable que les bâtiments qui ont stationné au Plateau, mouillage ordinaire des bâtiments de guerre à Saint-Pierre, souvent huit à quinze jours, un mois même pendant l'épidémie de 1857 où la fièvre jaune sévissait sur la rade, ont appareillé de ce point éloigné pour la mer, les uns sans avoir de malades, les autres n'ayant eu que deux ou trois hommes atteints de fièvre jaune bénigne ou fièvre inflammatoire, tandis que ceux qui, après ce séjour, sont venus prendre rang au milieu des autres bâtiments, n'ont pas tardé, quelques jours après, à être décimés par l'épidémie.

« Si une seule ligne de mouillage ne suffisait pas, on pourrait ou la prolonger, ou la doubler en plaçant les bâtiments en quinconce, le service des embarcations serait fait par des noirs, et, dans certains cas, l'équipage consigné à bord n'aurait aucun contact avec la terre. »

E. *La fièvre jaune est dans les principales villes de la colonie.*

Nous sommes entré dans tant de détails jusqu'ici, qu'il nous

est permis, j'espère, de ne plus consacrer que quelques lignes à cette étude ; et d'ailleurs, nous pouvons, en effet, formuler les desiderata sanitaires en peu de mots. Pour le cas présent, éviter le plus possible toute communication entre les divers point scontaminés ; avoir grand soin d'éviter, si on le peut, le passage des Européens appartenant à la garnison, à la marine, aux diverses branches de l'administration, et cela pour diminuer, on le comprend, les chances de transmission et de dissémination de la fièvre jaune. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici fait qu'on peut comparer les épidémies à un incendie, les Européens à la matière inflammable, et il suffit d'avoir établi cette comparaison, pour que les mesures à prendre soient indiquées en principe.

A côté de cette isolation des divers centres, il faut parler aussi de la nécessité absolue qu'il y a de prendre des précautions d'hygiène publique et privée dans chaque localité. Ces précautions doivent être minutieuses, exagérées même, qu'on me passe le mot, car c'est en poussant le soin à l'excès pour bien des choses, que l'on arrivera à être suffisant pour quelques-unes. C'est à ce prix seulement qu'on arrêtera l'épidémie; et que ceux qui seraient disposés à se récrier contre l'excès de précautions, me laissent leur dire que l'enjeu est la vie humaine, et, par conséquent, que tout ce qui, de près ou de loin, peut servir à gagner une partie aussi capitale, ne saurait paraître dépasser la limite indiquée.

CONCLUSIONS

TOUCHANT LA PROPHYLAXIE

Nous avons à peine besoin de le répéter, toutes nos propositions touchant la prophylaxie de la fièvre jaune, sont basées sur la croyance que la maladie est éminemment contagieuse. Par conséquent, avoir soin de n'admettre dans la colonie que des provenances parfaitement pures sous le rapport sanitaire; soumettre tout ce qui arrive, dans l'état suspect, à des quarantaines et des épurations convenables. Voilà pour le cas où la maladie est au dehors et n'a pas encore envahi le pays. Diminuer le plus possible les relations entre les points contaminés et ceux qui sont restés sains; entre les points contaminés eux-mêmes quand la maladie s'est infiltrée dans la colonie; voilà le second terme de la question pour le cas qui nous occupe. Entre ces deux grands points, se placent naturellement les précautions hygiéniques dont nous avons parlé, et qui consistent: d'une part, à mettre les Européens de la garnison et de la flotte dans des conditions d'isolement, d'aération, d'élévation au-dessus du niveau de la mer ou d'éloignement des plages; d'autre part, à redoubler d'activité pour entretenir tout dans un état irréprochable de propreté et de bon fonctionnement.

CONCLUSIONS

TOUCHANT LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE

Nous voici arrivé à la fin de cette longue étude sur la fièvre jaune à la Martinique ; nous avons entrepris, on l'a vu dès le début, de présenter au lecteur un historique qui devait le familiariser avec les diverses apparitions de la maladie dans le pays et nous avons acquis ainsi un premier noyau de connaissances.

Pour les raisons que nous avons données précédemment, nous avons cru qu'il fallait fournir au lecteur des renseignements assez complets touchant l'étude nosologique du typhus amaril, de sorte qu'après le long chapitre de l'historique, nous en avons présenté une série allant depuis la description des symptômes jusqu'au traitement, en passant par l'anatomie pathologique et l'étiologie. — Enfin, une fois cette partie terminée, nous avons formulé dans la partie afférente à la prophylaxie ce qui nous a paru capable de lutter efficacement contre le fléau.

On a pu le voir dans mille passages de ce livre, et nous croyons devoir le répéter encore tant la chose nous paraît importante : je suis essentiellement et résolûment contagioniste, ce mot seul me dispense d'entrer dans de longs détails. Il justifie toutes les mesures que j'ai proposées, car je suis convaincu que, soit que la maladie vienne du dehors, soit qu'elle naisse spontanément dans la colonie, sa propriété de transmission est si puissante, si incontestable, qu'elle doit préoccuper au plus haut point.

Puisse ce présent travail être accueilli avec la bienveillance

et la distinction dont on a honoré mes précédentes études ; car cette fois comme les autres, comme toujours, mon objectif est de me rendre utile, de fournir à mes contemporains et à mes successeurs des éléments d'étude pour ces questions de pathologie exotique, si importantes pour les Européens qui vont aux colonies, si intéressantes pour les médecins de la marine.

TRAVAUX PULIBÉS PAR L'AUTEUR

1859. Observation de plaie contuse au pied droit guérie par la ventilation. Montpellier médical de décembre 1859.

1860. Des mesures à employer à bord des bâtiments contre l'encombrement, cause essentielle du typhus. Thèse pour le doctorat en médecine. Montpellier, 6 février 1860.

1861. Six observations de plaies traitées par la ventilation. Montpellier médical, 1861.

1864. Coloration accidentelle de la peau par un sel de plomb. Gazette des Hôpitaux, 9 février 1864.

Note sur un nouveau pain de gluten à l'usage des diabétiques. Bulletin général de Thérapeutique, 29 février 1874, t. LXVI, p. 170.

Recherches sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 15 mars 1864.

Considérations sur un cas de diabète sucré développé spontanément chez un singe. Société de biologie, 7 mai 1864. Bulletin de l'Institut (Académie des sciences), 9 mai 1864.

Des fractures en V au point de vue de leur gravité et de leur traitement. Thèse pour le doctorat en chirurgie. Paris, 31 mai 1864.

Note sur les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète sucré. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXVII, p. 217.

De la valeur comparative du chlorure de chaux, du sulfate de fer, de l'acide phénique et du permanganate de potasse pour la désinfection des eaux de la cale des navires. Archives de médecine navale, t. II.

De l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures compliquées et non réunies. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 8 novembre 1864.

1865. Cas de scorbut chez le gorille. Bulletin de la société de biologie, 17 décembre 1864. Bulletin de l'Institut (Académie des sciences), 9 janvier 1865.

Du massage dans l'entorse à bord des navires de l'Etat. Archives de médecine navale, t. III.

Cas de pneumonie suivie de variole anormale traité avec succès par la médication alcoolique. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXVIII, p. 414.

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement du diabète sucré. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXVIII, p. 295.

De l'immobilisation directe dans les fractures du maxillaire inférieur. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXIX, p. 348.

Des pansements à l'alcool à bord des navires de l'Etat. Archives de médecine navale, t. IV.

Description d'un nouveau procédé de staphyloraphie. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXIX, p. 269.

1866. Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXX, p. 59.

1866. De la suture des os (1er mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXI, p. 20.

1867. Du massage dans l'entorse (2e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique. t. LXXII, p. 69.

Note sur l'extraction d'une aiguille à coudre logée dans le sein depuis longtemps. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXII, p. 544.

De la fixation des dents dans les fractures des maxillaires. Art dentaire, février, mars, avril et mai 1867.

Note sur un instrument destiné à doser l'acide urique dans les urines. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXII, p. 213.

De l'action de l'appareil à pointe de Malgaigne dans les fractures de la jambe. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867, p. 228.

Note sur un emploi très-simple de dilatation de l'urèthre. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867.

De la suture des os (2e mémoire). Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1867.

Du traitement des fractures du maxillaire inférieur. Art dentaire, 1867.

De la fixation des dents dans les fractures des maxillaires. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1867.

De l'action antiblennorrhagique de la teinture de digitale. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIII.

Extraction d'une aiguille à coudre logée depuis plus de douze ans dans le bras. Gazette des Hôpitaux, 1867.

Cas de réunion d'un morceau de doigt complétement séparé. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIII, p. 454.

1868. De la ligature des os. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXV, p. 113.

De la valeur de la griffe de Malgaigne dans les fractures de la rotule. Revue de Thérapeutique médicale et chirurgicale, 1868, p. 480.

Observation de fracture grave de la jambe droite, tentatives de conservation, accidents multipliés, ligature des os, guérison. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV, p. 36.

Observation de fracture du maxillaire inférieur, modification du moule de Morel-Lavallée. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV, p. 561.

1869. De la suture osseuse dans l'opération du bec-de-lièvre compliqué. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVII, p. 109.

De l'immobilisation directe des fragments osseux dans l'amputation tibio-tarsienne. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVII, p. 256.

Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures. In-8, 768 pages et 102 figures. Paris, A. Delahaye.

Note sur un nouveau procédé de suture de l'intestin. Bulletin de l'Académie de médecine, 25 décembre 1869.

1870. Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVIII, p. 15.

Note sur un obturateur anal. Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 8 mars 1870.

1870. Des applications thérapeutiques de l'obturateur anal. Gazette hebdomadaire, 11 mars 1870.

Note sur un cas de fracture par écrasement du calcanéum. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXVIII, p. 354.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation presque complète de la langue. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 210.

De la dilatation du canal par l'urine elle-même dans les cas de rétrécissement du canal de l'urèthre. Union médicale, 14 mai 1870.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidentelle du nez. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 223.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidentelle du pavillon de l'oreille. Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 286.

Des tentatives de conservation dans les cas de séparation accidendentelle des doigts. Gazette des Hôpitaux, 1870.

Du massage dans l'entorse (3e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIX, p. 152.

Du pansement des plaies et des ulcères par la ventilation (2e mémoire). Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV, p. 303.

De la valeur du frottement des fragments dans le traitement des fractures non consolidées. Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXIV.

1871. De la valeur thérapeutique du séton dans le traitement des fractures non consolidées. Bull. gén. de Thérap., t. LXXX, p. 59.

Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses. In-8 de 682 pages avec 102 figures. Paris, A. Delahaye.

Des blessures de l'abdomen observées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Montpellier médical, 1871, p. 417.

Des indications de la résection dans les fractures non consolidées. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXX, p. 109 et 153.

Coup de feu dans l'abdomen, perforation de l'intestin et de l'os iliaque, guérison. Bulletin de Thérapeutique, t, LXXX, p. 320.

Appréciation comparative des divers modes de traitement des fractures non consolidées. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXX, p. 393.

Coup d'œil sur les amputations de jambe pratiquées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXXI, p. 346 et 394.

1872. Etude sur les blessures du poignet traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce, pendant le siége de Paris, Bulletin général de Thérapeutique, t. LXXXII, p. 302.

Etude sur les blessures de l'abdomen, traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce, pendant le siége de Paris. Montpellier médical.

Etude sur les blessures du métacarpe, traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce, pendant le siége de Paris. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXXII, p. 397.

Histoire des épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée. Bulletin de l'Académie de médecine (Mémoire qui a obtenu la médaille d'or de la commission des épidémies pour 1872).

1872. Etude sur les blessures des doigts par armes de guerre traitées dans la deuxième division des blessés du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris. Bulletin de Thérapeutique, t. LXXXII, p. 490.

Note sur la composition de l'urine dans la fièvre bilieuse mélanurique. Bulletin de l'Académie de médecine.

Note sur les larves de mouche qui se développent sur la peau de l'homme au Sénégal. Bulletin de l'Académie des sciences, t. LXXV, p. 1132.

1873. Description topographique de l'île de Gorée. Revue maritine et coloniale, t. XXXVI, p. 885.

Note complémentaire sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée. Bulletin de l'Académie de médecine.

1874. Etude sur le diagnostic différentiel de la fièvre bilieuse mélanurique et de la fièvre jaune. Bulletin de l'Académie de médecine, 20 janvier 1874.

De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds. Paris, 1874. Delahaye. In-8, t. XVI, 442 pages.

Note sur les populations de la Casamance (côte occidentale d'Afrique). Revue d'anthropologie.

De la fièvre jaune au Sénégal. Paris, Delahaye. In-8, XVI, 430 pages.

De l'innocuité des ponctions du foie. Bulletin de Thérapeutique.

Etude sur la Sénégambie. Moniteur du Sénégal, 1872-1873-1874.

1875. Le Sénégal 1817-1872. Revue maritime et coloniale, janvier 1875.

Etude sur les Peuls. Revue d'anthropologie.

Etude sur les Ouolofs. Revue d'anthropologie.

Note sur la fièvre typhoïde au Sénégal. Bulletin de l'Académie de médecine.

Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. T. Ier. Paris, Delahaye, 1875.

1876. Note sur l'existence de la colique saturnine chez les créoles blancs et colorés de la Martinique. Bulletin de l'Académie de médecine.

Note sur trois sabliers (Hura crepitans) existant sur la savane de Fort-de-France (Martinique). Bulletin de l'Institut (Académie des sciences).

1877. Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. T. II. Paris, 1878. Delahaye.

Etude sur l'empoisonnement par le perchlorure de fer (en collaboration avec M. Porte, pharmacien de 1re classe de la marine). Bulletin de l'Académie de médecine, 1877.

1878. Note sur la dilatation de l'urèthre par l'urine elle-même (3e mémoire). Bulletin de Thérapeutique, t. XCIV.

De la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale. XVI-490 pages in-8. Paris, Delahaye, 1878.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

DÉDICACE. I

INTRODUCTION. VII

CHAPITRE Ier. Historique. 1

Première période. Epidémies de 1635 à 1813. 2

Epidémie de l'oriflamme, 3. — Période de 1709 à 1792, 6. Epidémie de 1791 à 1809. 8

Deuxième période. 1814 à 1875. 13

Epidémie de 1816 à 1823, 14. — De 1824 à 1829, 16. — Période d'intermission de 1828 à 1838, 18. — Epidémie de 1838 à 1844, 19. — Période d'absence de la maladie de 1844 à 1850, 25. — Epidémie de 1851 à 1854, 25. — Intermission de 1854-55, 33. — Epidémie de 1855 à 1858, 34. — Intermission de 1858 à 1869, 41. — Epidémie de 1869, 53. — Période actuelle de 1870 à 1878.. . 66

Récapitulation. 69

Tableau nº 1. Périodes de présence et d'absence de la fièvre jaune à la Martinique. 69

Tableau nº 2. Entrées de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France. 71

Tableau nº 2 bis. Morts de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France. 73

Tableau nº 3. Entrées à Saint-Pierre. 75

— nº 3 bis. Morts à — 76

— nº 4. Entrées dans les diverses épidémies. . . . 77

— nº 4 bis. Morts — . . . 77

Appréciation des faits. 78

Arguments fournis par les partisans de la genèse spontanée. 79

— — de l'importation. . . 91

Conclusions. 98

CHAPITRE II. Marche. — Durée. — Terminaisons. 106

Prodromes. 107

1er degré. Fièvre jaune légère. 108

2e — — de moyenne intensité. 114

Atteintes franches, 115. — Insidieuses. 116

Pages

3e degré. Fièvre jaune grave. 125
Atteintes franches, 126. — Insidieuses. 129
Formes fréquentes. 137
Gastrique, 138. — Adynamique, 139. — Ataxique, 140. — Congestive ou saporeures, 142. — Typhoïde. 142
Formes rares. 143
Hypéresthésique, 143. — Gangréneuse, 144. — Algide ou choléroïde, 145. — Hydrophobique. 148
4e degré. Fièvre jaune sidérante. 148
Indisposition amarile. 152
Durée. 153
Terminaisons. 156

CHAPITRE III. Complications. — Rechutes. — Récidives. — Mortalité. 157
Complications, 157. — Rechutes et récidives, 167. — Mortalité, 170. — Convalescence. 178

CHAPITRE IV. Analyse des symptômes. 180
Incubation. 180
Prodromes. — Invasion. 182
1re période. 183
Rémission. 185
2e période. 186
Aspect extérieur. Face, 186. — Yeux, doigt, 187. — Lèvres, peau, 188. — Rougeurs élevures, papules, 189. — Dengue, éruptions ortiées, 190. — Taches ombrées, 191. — Sueur, 192. — Odeur, Scrotum et anus, 193. — Ictére, 195. — Douleurs, céphalalgie, 198. — Rachialgie, douleurs abdominales, 199. — Douleurs des membres, 200. — Phénomènes nerveux, 201. — Sommeil, 202. — Intelligence, 203. — Forces, 204. — Température, 205. — Tableaux. — Pouls, 224. — Respiration, 226. — Faim et soif, tube digestif, 227. — Bouche, gencives, voile du palais, langue, 228. — Vomissements, 229. — Selles, 237. Urines, 238. — Hémorrhagies, 247. — Phénomènes insolites, 251.

CHAPITRE V. Etiologie. 253
Conditions extérieures à l'individu. 254
Géographie, météorologie, chaleur, 255. — Pluies, orages, 256. — Moment de l'année, 257. — Vents de la partie sud, 260. — Périodes d'immunités, 264. — Topographie, 264. — Relations de la fièvre jaune avec la paludisme, 267. — Influences diverses, phénomènes précurseurs des épidémies, 268. — Dimunition de l'intensité et de la fréquence de la dysentérie, 269. — Fièvre

Pages

inflammatoire, 269.— Rougeole, fièvre éruptive spéciale, dengue, 269. — Epizooties, 271. — Coup d'œil d'ensemble, 271.

Conditions inhérentes à l'individu. 271

Influences de la race, 272. — Sexe, 276. — Age, 277. — Temps de séjour, 280. — Profession, 282. — Influences morales, 283. — Excès, 283. — Coup d'œil d'ensemble, 283.

Transmission. 284

CHAPITRE VI. Anatomie pathologique. 289

Habitude extérieure, 293. — Tête, 296. — Moelle, 298. — Thorax, plèvres, 298. — Poumons, 299.—Péricarde, 300. Cœur, 302. — Abdomen, péritoine, épiploon, mésentère, 303. — Tube digestif, contenu, 304.— Trame des organes, 308. — Foie, 316. — Rate, pancréas, reins, 321. — Vessie, urine, 326. — Sang, 327. — Conclusion, 327.

CHAPITRE VII. Diagnostic. 331

Diagnostic propre ou absolu, 332. — Diagnostic différentiel, 332. — Fièvre mélanurique, 333. — Remittente bilieuse, 336. — Typhoïde bilieuse, 337. — Fièvre à rechutes, 339. — Hépatite fébrile et ictère grave, 341. — Fièvre inflammatoire, 342.

CHAPITRE VIII. Pronostic. 345

Première période, 346. — Rémission, 347. — Seconde période, 348. — Tableau des signes pronostiques, 349.

CHAPITRE IX. Traitement. 351

Enumération des divers traitements, 353. — Premiers temps de l'occupation, 353. — Milieu du XVIIIe siècle, 354. — Anglais de la fin du siècle dernier, 353. — Dariste, 355. Savarési, 358. — Rochoux, 360. — Lefort, 360. — Guyon, 361. — Bobadilla, 362.—Gaubert, 363.—Câtel, 363. — Amic, 364. — Dutrouleau, 367. — L.-M. 371. — 1869, 372. — Traitement des mulâtresses, 373-374. — Coup d'œil d'ensemble, 374. — Prétendu traitement préventif, 376.

Indications à remplir, 376.

Traitement de la première période, 376. — Emissions sanguines, 379. — Evacuants, vomitifs, 383. — Purgatifs, 384. — Sudorifiques, 388. — Antifrébiles, 388. — Bains, 390. — Boissons, 393. — Diurétiques, 394. — Antispasmodiques, 394. — Révulsifs cutanés, 395. — Traitement de la rémission, 393. — Traitement de la deuxième période, 396. — Moyens proposés contre l'adynamie, 397. — Quinquina, 397. — Lait, 398. —

Pages

Moyens proposés contre les accidents cérébraux, 399. — Contre le vomissement, 400. — Hémorrhagies, 400. — Alimentation, 400.—Traitement de la convalescence, 301.

Appréciation touchant le traitement de la fièvre jaune. . . . 401

Tableau des proportions de mortalité suivant les divers traitements. 402

Traitement qu'il paraît rationnel d'employer dans l'état actuel de nos connaissances, 407. — Considérations qu'il ne faut pas perdre de vue, 407. — Traitement préventif, 409. — Première période, 409. — Individus pléthoriques, 412. — Phénomènes modérés, 415. — Phénomènes de mauvais aloi, 416. — Résumé, 416. — Rémission, 417. — Deuxième période, 419.

CHAPITRE X. Prophylaxie. 421

Organisation du service sanitaire, 422. — Historique des mesures prises dans la colonie, 422. — Règlement de 1877. — Locaux où peuvent se purger les quarantaines à la Martinique, 480. — Coup d'œil d'ensemble sur le service sanitaire, 481. — Influence des mesures sanitaires, 483. — Locaux destinés aux individus sains ou malades de la garnison dans l'éventualité d'une épidémie, 487. — Desiderata concernant les établissements militaires, 493.

Dispositions spéciales à prendre en présence des épidémies, 496. — La maladie est dans les pays éloignés, 496. — Dans les pays voisins, 498. — A Fort-de-France ou à Saint-Pierre seulement, 499. — Dans les principales villes de la colonie, 503. — Conclusions touchant la prophylaxie, 505.

Conclusions touchant la fièvre jaune à la Martinique. 506

Travaux publiés par l'auteur. 509

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

PARIS. — IMP. DE V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.